Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Küstner.

# Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1903/04 bis 1907/08.

## Inaugural-Dissertation

der

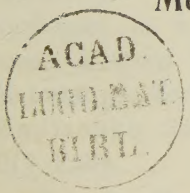
Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

**Medizin und Chirurgie**




vorgelegt von

**Stefan Kohn.**

**Breslau 1908.**
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küstner.

Bonhoeffer, Dekan.

Da mir einerseits die Fortsetzung der Statistik der Geburten bei engem Becken überlassen wurde und ich andererseits imstande bin, dieselbe zu beendigen, das heisst, die Geburten bis zum Jahre 1907/08 zu beschreiben, so halte ich es für möglich, nach der Benutzung meines ziemlich umfangreichen Materials und nach Vergleichung der Resultate meiner drei Vorgänger (Heinsius 1894/95 bis 1896/97, Kretschmer 1897/98—1899/1900, Kapischke 1900/01—1902/03), ein anschauliches und ausführliches Bild der Leistung der Klinik während eines grossen Zeitraums darzustellen, mit Rücksicht auf die verschiedenen Änderungen in der Therapie und in den wissenschaftlichen Überlegungen.

Um aber etwaige Schlüsse aus dem Material zu ziehen, müssen wir von Anfang an wissen, was für ein Ziel wir verfolgen, in welcher Ordnung wir vorgehen und wie wir unser Material gruppieren wollen. Wir haben folgendes Material zur Verfügung: Heinsius 139, Kretschmer 110, Kapischke 346 und Kohn 322 Fälle. Zusammen: 917 Fälle.

Bei der Benutzung dieses Materials werde ich den Prinzipien folgen, die Baisch in seiner Schrift: „Reformen in der Therapie des engen Beckens“ aufgestellt hat, nämlich: die Mortalität und Morbidität der Mütter und Kinder bei verschiedenen Arten der Geburtsleitung zu verzeichnen. Dabei halte ich es für notwendig, folgende Fragen, die auch Baisch aufgestellt hat, zu beantworten:

1. Wie gross ist die kindliche Mortalität, wenn die Geburt streng exspektativ, nur im Interesse der Mutter geleitet wird?
2. Wie gross ist die Häufigkeit der Spontangeburt bei dieser exspektativen, ausschliesslich die Mutter berücksichtigenden Geburtsleitung?
3. Wie verschiebt sich Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind, wenn in dies streng abwartende Verfahren, das nur Spontangeburt und Perforation kennt, die Zange, prophylaktische Wendung bezw. Wendung und künstliche Frühgeburt eingeschaltet werden?
4. Sind diese Operationen imstande die Perforation des lebenden Kindes zu ersetzen oder wenigstens einzuschränken und den relativen Kaiserschnitt, sowie die beckenerweiternden Operationen zu umgehen?
5. In welchem Umfang müssen wir von Kaiserschnitt und Hebosteotomie Gebrauch machen, wenn wir das Ideal der Geburtshilfe, auch das Kind in jedem einzelnen Falle zu retten, erreichen wollen?

Nach genauer Besprechung dieser Fragen werde ich die Gesamtresultate in einer Orientierungstabelle am Schlusse der Arbeit zusammenstellen.

Ausser diesen speziellen Bedingungen statistischer Natur sind diejenigen Momente zu berücksichtigen, die einen wesentlichen und bestimmten Einfluss auf den Geburtsverlauf und die Prognose für Mutter und Kind ausüben, nämlich: Grösse der Frucht, erste oder wiederholte Schwangerschaft.

Was die Grösse des Beckens anbetrifft, so habe ich, ebenso wie Heinsius, zu den verengten diejenigen gerechnet, bei denen c. v. von 9,5 oder darunter vorlag. Kretschmer und Kapischke haben in ihrer Statistik auch diejenigen von c. v. = 10 angeführt. In den Vergleichungsresultaten lasse ich dieselben unberücksichtigt. Dabei muss ich noch bemerken, dass ich in den Fällen, wo nicht mit dem Küstnerschen Verazirkel gemessen

wurde, die c. v. durch Abrechnung von 2 cm von der c. d. bestimmt habe. In den Fällen aber, wo direkt mit Küstnerschem Verazirkel gemessen ist, ist die c. d. nicht berücksichtigt worden. Die angegebenen Querdurchmesser des Beckens sind zum Teil dem klinischen „Enges Becken Buch“ entnommen, zum Teil aus den Krankengeschichten. Dieselben sind gefunden mit dem bekannten, von Küstner angegebenen Zirkel. Die grösste Beckenverengerung, die in diesem Zeitraum beobachtet worden ist, ist c. v. = $5^3/_4$.

In meiner Arbeit lege ich einen grösseren Wert auf die exakte Beckenmessung, als auf die Form des Beckens einerseits deswegen, weil viele von den Fällen in der Poliklinik vorgekommen sind, wo die genaue Beobachtung der Kreissenden erschwert ist, und andererseits, weil die zwei Hauptkategorien: allgemein verengtes und plattes Becken bei der genauen Beckenmessung sowieso leicht ins Auge fallen.

Bei einer Einteilung des Materials in bezug auf Ätiologie der verschiedenen Beckenformen würden wir mit so viel Möglichkeiten zu tun haben, dass die durch ihre Vielseitigkeit schon sowieso komplizierte Arbeit in ihren Endzwecken noch mehr verdunkelt würde.

Jedenfalls will ich der Vollständigkeit halber einen kurzen Überblick über die Ursachen der fehlerhaften Beckenbildung in 115 Fällen, die dem klinischen Material entnommen sind, geben:

Es fanden sich Rhachitis (spät laufen gelernt) in 52 Fällen = 45,21 %.
Tbc. in 18 Fällen = 15,65 %.
Chlorose in 9 Fällen = 7,82 %.
Nichts besonderes war zu ermitteln in 36 = 31,3 %.
Rhachitis und Tbc. zugleich 4 = 3,47 %.

In dieser Arbeit sollen auch die Fälle mitgeteilt werden, bei denen die c. v. oder c. d. nicht angegeben war, wo aber der Geburtsverlauf deutlich zeigte, dass man es mit einem engen Becken zu tun hatte; sowie diejenigen Fälle,

bei denen die innere Untersuchung irgend eine Verengerung ergeben hat. Die Endresultate werde ich nur aus den Fällen berechnen, bei denen die c. v. oder c. d. angegeben war, weil ich bei so viel feinen Differenzen und so verschiedenen Schattierungen, die ein enges Becken verursachen kann, den Diameter Beaudeloquii als viel zu ungenügend erachte, um daraus sichere Schlüsse zu ziehen. Die engen Becken, die den Kategorien der schrägverengten, spondylolisthetischen, osteomalazischen, Tumorenbecken usw. angehören, werden speziell beschrieben, wenn sie auch in der Krankengeschichte speziell berücksichtigt worden sind. Ausser der Hauptorientierungstabelle werde ich mich bemühen, einige vielleicht etwas unklar in derselben beschriebene Punkte nochmal detailliert zu beschreiben.

Das Material gruppiere ich in derselben Weise, wie Kretschmer und Kapischke, indem ich nämlich allmählich von den Graden der geringeren Verengerung zu den grösseren übergehe. (c. v. = 9,5—8,5, c. v. = 8,4 bis 7,5, c. v. = 7,4—6,5, c. v. = 6,4—5¾.) Jede einzelne dieser Rubriken teile ich noch nach den Erst- und Mehrgebärenden und nach der Art der Hilfeleistung ein. Beim Wochenbettverlauf ist zwischen gestörten und kranken Wochenbetten zu unterscheiden. Als gestört werden diejenigen Wochenbette bezeichnet, in denen nur eine einmalige Temperatursteigerung über 38,5° C. auftrat; als krank dagegen die, bei denen diese Steigerung länger anhielt oder sich wiederholte.

## Erklärungen zu dem Verzeichnis der Fälle.

Pol. = der Fall ist dem poliklinischen Material entnommen.
Kl. = der Fall ist dem klinischen Material der geburtshilflichen Station entnommen.
Gyn. = der Fall ist dem Material der gynäkologischen Station entnommen.
c. ext. = conjugata externa.

Die unter der Rubrik „Beckenmasse" angegebenen Zahlen beziehen sich von links nach rechts gelesen auf distantia spinarum cristarum, coningata externa und coningata diagonalis.

sp. i. = distantia spinarum iliacarum.
cr. i. = distantia cristarum iliacarum.
c. d. = coningata diagonalis.
c. v. = coningata vera.
B. E. = Beckeneingang nicht unter.
B. M. = Beckenmitte nicht unter.
B. W. = Beckenweite nicht unter.
B. A. = Beckenausgang nicht unter.
B. enge = Beckenenge nicht unter.
K. = Kind.
G. = Gewicht.
L. = Länge.
K. U. = Kopfumfang.
Sch. U. = Schulterumfang.
Gr. D. = gerader Durchmesser des Kopfes.
Gr. Schr. = grosser schräger Durchmesser des Kopfes.
Kl. Schr. = kleiner schräger Durchmesser des Kopfes.
Gr. qu. = grosser querer Durchmesser des Kopfes.
Kl. qu. = kleiner querer Durchmesser des Kopfes.
M. = Mädchen.
K. = Knabe in der Rubrik „Kind".

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I. Erstgebärende.** | | | | | | | | | | | | |
| **Spontangeburten.** | | | | | | | | | | | | |
| 1. 03/04. Kl. 321 (163) | 24 | I. p. Gelenkrheumatismus | 24 29 20 10½ c. v. 9½ | — | II. Schl. | — | 12 | — | normal | K. 3670, L. 53, K.U. 37, Sch. U. 38, Gr. D. 10½, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 11, Gr. 9, Kl. qu. 8 | — | Spontangeburt |
| 2. 04/05. Kl. 312 (170) | 21 | I. p. | 19 23 20 11½ | — | II. Schl. | — | 24 | — | normal | M. 2650, L. 50, K.U. 33, Sch. U. 33, Gr. D. 10½, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 9, Gr. qu. 8, Kl. qu. 6½ | — | Spontangeburt |
| 3. 04/05. Kl. 507 (176) | 22 | I. p. | 22½ 27 19 10½—11 | — | II. Schl. | — | 6½ | — | Übelriechende Lochien, sonst o. B. Status afebrilis | M. 2170, L. 46, K.U. 31, Sch. U. 32 | — | Rhachitis, Spontangeburt |
| 4. 06/07. Kl. 629 | 22 | I. p. Vater an Tbc. † | 25 28 20 11¾ c. v. 10¼ | — | II. Schl. | — | 11 | — | o. B. | M. 3380, L. 51, K.U. 35, Sch. U. 40, Gr. D. 11, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, | — | Spontangeburt |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. 06/07. Kl. 634 | 19 | I. p. vor 5 Jahren Rheumatismus | 25 28<br>20<br>11—11½<br>c. v.<br>10—10¼ | — | II. Schl. | — | 20 | — | o. B. | L. 48, K. U. 35, Sch. U. 36, Gr. D. 11½, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 9½, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Spontangeburt |
| 6. 06/07. Kl. 769 | 19 | I. p. Rhachitis | 25 29<br>19½ 11½ | — | II. Schl. | — | 50 | — | o. B. | K. 3170, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | — | Spontangeburt |
| 7. 07/08. Kl. 426 | 24 | I. p. | 24 27<br>20 11<br>c. v. ⅜ | — | II. Schl. | — | 29 | — | o. B. | K. 3400, Sch. U. 30, Gr. D. 12, Gr. Schr. 13½, Gr. qu. 8½ | — | Spontangeburt |
| 8. 07/08. Kl. 521 | 17 | I. p. | 22 24<br>28 11¼<br>c. v. 9,5<br>B. M. 10<br>B. A. 8 | — | I. Schl. | — | 10 | — | ungestört, T. 37,2° am 2. Tage | M. 2890, L. 49,5, K. U. 35, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 9 | — | Spontangeburt |
| 9. 07/08. Kl. 398 | 23 | I. p. | 25 29<br>18½ 10½<br>c. v. 9¾ | — | I. Schl. | — | 18 | — | normal, Clitoris gut geheilt | K. 2700, L. 47, K. U. 33, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. Schr. 12,5, Gr. qu. 8,5 | Clitorisnaht | Spontangeburt, Clitorisriss. |
| 10. 07/08. Kl. 561 | 29 | I. p. Vater an Tbc. †, Skrophulose | 24 28<br>18 10½ | — | I. Hinterhauptslage | — | 20 | — | ungestört, 37,4° am 9. Tage | K. 2200, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 35, Gr. D. 12, Gr. Sch. 14, Gr. qu. 9 | — | Spontangeburt |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. 05/06. Kl. 494 | 23 | I. p. mit 4 Jahren laufen gelernt | 26½ 27 14½ c. d. = v. ob. Prom. 9¾, v. nut. Prom. 9½, c. v. 9¾ | — | I. Schl. | — | 12 | — | im 10. und 11. Tage T. bis 39°. Vom 1.—10. Tage T. bis 38° | M. 3160, K. U. 33, Sch. U. 38 | Dammnaht | Spontangeburt |
| 12. 07/08. Kl. 346 | 23 | I. p. | 25 27½ 18 10 c. v. 8½ | — | II. Schl. | — | 10 | T. 37,3 | leicht fieberhaft (37,8 am 8. und 9. Tage) | M. 2960, L. 50, K. U. 35, Sch. U. 34, D. Gr. 12, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 10½, Gr. qu. 8½, Kl. qu. 7 | Walchersche Hängelage | Spontangeburt |
| 13. 07/08. Kl. 393 | 20 | I. p. Vater an Tbc. † | 25 28 18½ 10 c. v. 9 | — | I. Schl. | vorzeitig | — | — | am 10. Tage T. 37,9 | M. 2200, L. 47, K. U. 31, Sch. U. 30, Gr. D. 10, Gr. Schr. 12, Gr. qu. 8 | Credé | Spontangeburt |
| 14. 07/08. Kl. 760 | 28 | I. p. Rhachitis | 22 26 16,75 11,1 | — | II. Schl. | — | 6 | — | leicht fieberhaft (38° am 5. Tage). Riecheude Lochien | M. 3100, L. 50, K. U. 33, Schr. 34, Gr. D. 11, Schr. 13, Kl. Schr. 3½, Gr. qu. 10, | — | Spontangeburt |
| 15. 07/08. Kl. 787 | 20 | I. p. | 25 26 16 10¼ c. v. 9¼ B. E. 12 B. M. 10 B. A. 10½ | — | I. Schl. | — | 8 | — | ungestört | K. 3380, L. 51, K. U. 36, Schr. U. 38, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 9,75. | — | Spontangeburt |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16. 06/07. Kl. 620 | 16 | I. p. | 23 25<br>19 $10^3/_4$<br>c. v.<br>$9^1/_4$—$9^1/_2$ | — | I. Schl. | — | 11 | Albuminurie. Herzfehler. Drohende Asphyxsie | normal | K. 3800, L. 52, K. U. 34, Sch. U. 36, Gr. D. 12, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 8, Kl. qu. 7. | Zange | — |
| 17. 06/07. Kl. 603 | 23 | I. p. Rhachitis | c. d. $11^1/_4$<br>c. v.<br>$9^1/_4$—$9^1/_2$ | | II. Schl. | — | — | — | normal | K. 2770, L. 48, K. U. 34, Sch. U. 34, Gr. D. 10, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 10, Gr. qu. $9^1/_2$, Kl. qu. $7^1/_2$. | Zange bei tiefem Querstand in Narkose | — |
| 18. 06/07. Kl. 631 | 28 | I. p. Tbc., Herzfehler | 24 27<br>20<br>$10^1/_4$-$10^1/_2$<br>c. v. $9^1/_4$ | — | II. Schl. | — | 16 | T. 37,3. Drohende Asphyxie | v. 6.—13. Tage T. zwisch. 38,6-37,6°. Entlassg. nach 19 Tagen | K. 3770, L. 53, K. U. 37, Gr. D. $12^1/_2$, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Muttermundinzisionen, Zange, Credé | Scheidendammriss II° |
| 19. 06/07. Kl. 631 (226) | 28 | I. p. Tbc., Herzfehler | 24 27<br>20<br>$10^1/_4$-$10^1/_2$<br>c. v. $9^1/_4$ | — | II. Schl. | — | 16 | T. 37,3. Drohende Asphyxie | v. 6.—13. Tage T. zwisch. 38,6-37,6°. Entlassung nach 19 Tag. | K. 3770, L. 53, K. U. 37, Gr. D. $12^1/_2$, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Muttermundinzisionen, Zange, Credé | Scheidendammriss II° |
| 20. 07/08. Kl 780 (332) | 22 | I. p. | 24 26,5<br>16,5 $10^3/_4$<br>c. v. 9<br>B. E. $13^1/_2$<br>B. M. 12<br>B. A. 11 | — | I. Schl. | — | 28 | Nabelschnurvorfall | ungestört | M. †, G. 2820, L. 49, K. U. 30, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13, Gr. qu $9^3/_4$ | Forceps | Kind totgeboren |

| Lfde. No. Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. 07/08. Kl. 135 (244) | 21 | I. p., beide Eltern an Lungenentz. †, Rhachitis und Lungenentzdg. | c. d. $10^1/_2$ | — | I. Schl. | Perforation 48 | | Nabelschnurvorfall. Absterben des Kindes | normal | K. † 2270, L. 50 | Perforation | † |
| | | | | | **Pubiotomie.** | | | | | | | |
| 22. 06/07. Kl. 685 ryn. 656 (285) | 20 | I. p., Vater an Tbc. †, mit 3 Jahren laufen gelernt | — | — | I. Schl. | — | — | Fruchtwasser mekoniumhaltig, F. 37,6 | In den ersten 2 Tagen 38°, von 6–18 Tg. bis 40,6°, dann bis 30 Tg. einzelne Temperatursteigerungen bis 38° | K. 2540, L. 49, K.U. 34, Sch. U. 40, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 10. Asphyktisch | Pubiotomie, Zange, Scopalamin † Morphium | Rhachitis. Haematom im linken grossen Labium. Entlassungsbefund nach 60 Tagen: Kleines Ödem des linken labium maius. Das labium minus ist in 2 Lappen quer getrennt, nicht empfindlich; von diesem Riss ist d. Introitusgewebe trichterförmig nach dem unteren Rande des l. horizontalen Schambeinastes eingezogen, direkt der Sägelinie entsprechend. Von oben her fühlt man eine etwa $^1/_2$ cm breite Knochendiastase, das laterale Ende springt über das mediane $^1/_2$ cm über. Der über die Innenseite des Schambeinastes gleitende Finger fühlt einen feinen Längsspalt, in dem man beim Treten von einem Bein aufs andere eine deutliche Verschiebung der Knochenränder gegen |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23. 03/04. Pol. 591 (35) | 29 | II. p. | c. d. $10^1/_2$ sp. i. 24 cr. i 26 c. et. 18 | allg. verengtes Becken | I. Schl. | künstlich | — | — | o. B. | K. 3500 | Blasensprengung, Impression | Spontangeburt |
| 24. 04/05. Pol. 303 (65) | 33 | VIII. p. | c. d. $10^1/_2$ | mässig verengtes Becken | II. Schl., vordere Scheitelbeineinstellung | — | — | Wehenschwäche | — | | Morphium | — |
| 25. 04/05. Pol. 340 (69) | 34 | III. p. | c. d. $10^1/_2$ | mässig verengtes Becken | II. dorsopost, Querlage, I. Schl., hintere Scheitelbeineinstellung | — | 9 | — | — | M. 3000, L. 49, Kopfumf. 36, Citemp. 8, Cipariet $9^1/_4$ | Äußere Wendung auf den Kopf | Spontangeburt |
| 26. 05/06. Pol. 734 (105) | 28 | II. p., I. p. spontan, mit $2^1/_2$ Jahr. laufen gelernt | c. d. 11 | — | I. Schl. | künstlich | 48 | Hängebauch, schlechte Wehen | — | | Hochbinden des Bauches; Lagerung auf die l. Seite | Spontangeburt |
| 27. 03/04. Kl. 197 (141) | 22 | II. p. | 24 27 18 $11-11^1/_2$ | — | I. Schl. | — | $2^1/_2$ | — | o. B. | K. G. 2270, L. 49, K. U. 33, Sch. U. 36, Gr. D. 10, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. $9^1/_2$, Gr. qu. 9, Kl. qu. $7^1/_2$ | — | Spontangeburt |
| 28. 03/04. Kl. 444 (155) | 24 | VII. p. Rhachitis | 24 $27^1/_2$ $17^1/_2$ $10^1/_2$ | — | II. Schl., hint. Scheitelbeinstellung | — | 21 | — | normal | K. 4700, L. 54, K. U. 37, Sch. U. 41, Gr. D. 12, Gr. D. $14^1/_2$, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | — | Spontangeburt |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29. 03/04. Kl. 604 (164) | 28 | III. p. mit 3 Jahren laufen gelernt, 2 × Zange | 24 26<br>18 10½<br>c. v. 8¾—<br>B. E. 10¾<br>B. W. 9½<br>B. enge 11<br>B. A. 9 | — | I. Schl | — | — | — | normal | M. 2720,<br>L. 47, K. U. 37,<br>Sch. U. 37,<br>Gr. D. 11,<br>Gr. Schr. 13,<br>Kl. Schr. 10½,<br>Gr. qu. 9,<br>Kl. qu. 7½ | — | Spontangeburt |
| 30. 03/04. Kl. 484 (166) | 23 | II. p. mit 3 Jahren laufen gelernt | 22 24<br>17 10½<br>c. v. 9<br>B. E. 11½<br>B. W. 11½<br>B. enge 11<br>B. A. 10 | Doppeltes Promontorium, engste Stelle 10½ | I. Schl. | — | 13 | — | normal | K. 3190,<br>L. 53, K. U. 34,<br>Sch. U. 37,<br>Gr. D. 11,<br>Gr. Schr. 13½,<br>Kl. Schr. 11,<br>Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | — | Spontangeburt |
| 31. 04/05. Kl. 500 (186) | 21 | II. p.<br>Vater an Tbc. † | 26 29<br>19<br>10½-11 | — | I. Steisslage | — | — | — | normal | M. 2600,<br>L. 49, K. U. 44,<br>Sch. U. 35 | Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 32. 04/05. (187) | 36 | VI. p.<br>Rhachitis | 26½ 27½<br>c. d. 10½ | — | I. und II. Schl. | — | 39 | | am 1. Tage p. p. 38,6°, sonst normal | M. und K.<br>2310, 2800,<br>L. 49, 49,<br>K. U. 34, 34,<br>Sch. U. 32, 36 | — | Zwillingsgeburt spontan |
| 33. 05/06. Kl. 626 (197) | 28 | VI. p.<br>Mutter an Tbc. †<br>I. p. Forceps,<br>II.—V. p. spontan | 24 27<br>18 10½ | — | II. Schl. | — | 16 | | o. B. | K. 3730,<br>L. 53, K. U. 38,<br>Sch. U. 39 | — | Spontangeburt |
| 34. 06/07. Kl. 772 (217) | 26 | II. p.<br>seit 6 Jahren Rheumatismus | 25 27<br>19 10½<br>c. v. 9-9¼ | | II. Schl. vord. Scheitelbein- | — | 27 | — | o. B. | M. 3700,<br>L. 54, K. U. 33½,<br>Sch. U. 30,<br>Gr. D. 12,5,<br>Gr. Schr. 14, | Walchersche Hängelage | Mitralinsuffizienz, Spontangeburt |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (219) | | Mutter an Tbc. † | $10^1/_2$-$10^3/_4$<br>B.E. $10^1/_2$<br>B.M. $9^1/_2$<br>B.A. 9 | | | | | | | Sch.U. 39, Gr.D. 11, Gr.Schr. $13^1/_2$, Kl.Schr. 10, Gr.qu.9, Kl.qu.8 | | |
| 36. 06/07. Kl. 676 (220) | 22 | II. p. spät laufen gelernt | 25 27<br>19 11<br>c.v. $9^1/_4$<br>B.E. 10,5<br>B.M. 11<br>B.A. 9,5 | — | II. Schl. | vorzeitig | 10 | — | normal | M. 1870, L. 44, K.U. 30, Sch.U. 29, Gr.D. 10, Gr.Schr. 12, Kl.Schr. 9, Gr.qu. 8,5, Kl.qu. 7 | — | Spontangeburt |
| 37. 07/08. Kl. 386 (235) | 27 | II. p. | c.d. $11^1/_4$<br>c.v. $9^3/_4$ | — | — | — | — | — | normal | M. 2655, L. 47, K.U. 33, Sch.U. 31, Gr.D. 11, Gr.Schr. $12^1/_2$, Gr.qu. 8 | Dammnaht | Dammriss I°, Sturzgeburt |
| 38. 07/08. Kl. 476 (240) | 25 | III. p. Vater an Lungenentzündung †, I. p. Steisslage, spontan, II. p. spontan, beide Kinder ausgetragen | 25 27<br>18 11,5<br>c.v. 9,5<br>B.E. 10<br>B.M. 10<br>B.A. 9,5 | — | II. Schl. | — | 11 | — | normal | K. 3650, L. 52, K.U. 35, Sch.U. 39, Gr.D. 12, Gr.Schr. $13^1/_2$, Gr.qu. 9 | Walchersche Hängelage, Credé | Spontangeburt |
| 39. 07/08. Kl. 579 (281) | 25 | III. p. Rhachitis, I. p. spontan im 7. Monat, II. p. Zange | 25 $25^1/_2$<br>18 $10^3/_4$ | — | II. Schl. | — | 31 | F. 37,9° | o. B. | K. 2870, L. 51, K.U. 33,5, Sch.U. 33, Gr.D. 11, Gr.Schr. 13, Gr.qu. 8,5 | — | Spontangeburt |
| 40. 07/08. Kl. 562 (278) | 25 | II. p. Rhachitis, I. p. spontan | 27 28<br>14,5<br>c.v. $3^3/_4$ | Doppeltes Promontorium | I. Hinterhauptslage | — | 15 | — | gestört, am 7. Tage F. 39,6°, Mastitis | K. 3070, L. 49, K.U. 34, Sch.U. 36, Gr.D. 11, Gr.Schr. $13^1/_4$, Gr.qu. 9 | — | Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Spontangeburt |

# C. V. 9,5—8,6.

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Spontangeburten.** | | | | | | | | | | | | |
| 41. 07/08. Kl. 744 (318) | 21 | II. p. | 24 26½ 16½ 11,2 | — | I. Schl. | — | 18 | — | ungestört, 37,4 die höchste Temperat.-Steigerung | M. 3260, L. 51, K. U. 34½, Sch. U. 37, Gr. D. 11½, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 9 | Walchersche Hängelage | Spontangeburt |
| 42. 07/08. Kl. 813 (324) | 25 | II. p. I. p. spontan | 22 25 18 12 c. v. 9½ B. E. 12 B. M. 11 B. A. 9 | — | I. Schl. | — | 8 | — | ungestört | K. 3380, L. 51, K. U. 36, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 9,75. Asphyktisch | — | Spontangeburt |
| 43. 07/08. Kl. 863 (325) | 27 | II. p. I. p. spontan | 25 28 19 10½ | — | I. Schl. | — | — | — | Riechende Lochien. 38,3 am 5. Tage | M. 3250, L. 59, K. U. 35, Sch. U. 37, Gr. D. 11½, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 8¼. Kopfgeschwulst | — | Spontangeburt |
| 44. 07/08. Kl. 887 (326) | 21 | II. p. I. p. spontan. Mutter an Tbc. † | 23 24,5 17,5 11½ | — | I. Schl. | — | 22 | — | ungestört | M. 3600, L. 50, K. U. 36, Sch. U. 38, Gr. D. 12, Gr. Schr. 14, Gr. qu. 10 | — | Spontangeburt |
| **Operative Entbindungen.** | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (107) | | vor 14 Jahren v. sehr langer Dauer, K. † | | | | | | des Kindes | | | Walchersche Hängelage. Forceps, aus Beckenmitte | |
| 46. 05/06. Kl. 218 (201) | 25 | III. p. | 24 27<br>19<br>$10^1/_2$-11<br>c. v. 10<br>B. E. 11<br>B. M. $11^1/_2$ | — | II. Schl. | — | — | Drohende Asphyxie | o. B. | K. † 3500, L. 54, K. U. 34, Sch. U. 38. Bleich asphyktisch, nach $^3/_4$ Std. † | Forceps | † Sektionsbefund. Todesursache: Intrakranielle Blutung mit Asphyxie |
| 47. 06/07. Kl. 662 (211) | 25 | III. p. I. p. spontan, II. p. spontan | 24 27<br>18 $10^1/_2$<br>c. v. $8^1/_2$<br>B. E. $10^1/_2$<br>B. M. 11<br>B. A. $8^1/_2$ | — | II. Schl. | — | 16 | Drohende Asphyxie | normal | K. 3650, L. 54, K. U. $37^1/_2$, Sch. U. 39, Gr. D. 13, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 11, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Forceps | — |
| | | | | | | | | **Perforation.** | | | | |
| 48. 06/07. Kl. 441 (208) | 24 | II. p. rhachitis, I. p. spontan. Kind totgeboren | 25 26<br>17 $10^3/_4$ | allgem. verengtes Becken | II. Schl. hintere Scheitelbeinstellung | künstlich | — | — | normal | K † 3320 | Wendung, Extraktion, Perforation am nachfolg. Kopf. Ausspülung des Gehirns. Veit-Smellie. | † |
| 49. 04/05 Kl. 306 (171) | 30 | II. p. mit 4 Jahren laufen gelernt, I. p. spontan leicht | 27 29<br>$19^1/_2$ 11 | dopp. Promontorium | II. Schl. vordere Scheitelbeinstellung | künstlich | — | — | o. B. | K. † 3340 (Sinecerebro), L. 52 | Korrekturversuch der hint. Scheitelbeinstellung. Walchersche Hängelage. Perforation des abgestorbenen Kindes bei vorang. Kopf. Extraktion mit Cranioclasten | † Rhachitisch. Rosenkranz. Kopfgeschwulst |

| Lfde. No. Jahrgang. Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 50. 04/05. Kl. 534 (172) | 38 | IV. p. 2× Perforat. III. p. Hystereuryse, Wendung. Kind †. Blasenscheidenfistel | 22 27 17,5 10,5 c. v. $8^{3}/_{4}$ bis 9 B. E. 11,5 B.enge 10,5 | allgem. verengtes Becken | I. Schl. mit l. Armvorfall | vorzeitig | — | Beim Wendungsversuch Uterusruptur | — | K. †, 2970 (ohne Gehirn und Schädelknochen), L. 52, Sch. U. 39 | Wendungsversuch, Perforation, Kranisklasie. Extraktion, Placentalösung | † Ablehnung von seiten der Frau die sectio caesarea zu machen. Inkomplette Uterusruptur. Nach 2 Std. Tod der Frau. Obduktionsbefund: Ruptura incompleta uteri subseröses Haematom im Abdomen |
| 51. 03/04. Kl. 145 (148) | 43 | XII. p. 9 Geburten, 2 Aborte. Kinder † | c. d. 10,5 | — | I. dorso. ant. Querlage | — | — | — | ersten 6 Tage Status subfebrilis | K. †, 3040, L. 49, K. U. 35 | Hystereuryse, Wendung, Armlösung, Perforation des nachfolgenden Kopfes. Credé. Manuelle Placentalösung | † |
| 52. 03/04. Kl. 455 (156) | 35 | IV. p. 2× spontan, III. p. in Narkose. Hoffmeyersche Impression. Spontangeburt. Kind † | 24 26 19 10,5 c. d. durch die Bauchdecken gemessen $7^{3}/_{4}$, mit Zirkel 9,5, B.W. $11^{1}/_{4}$ B. A. $9^{3}/_{4}$ | – | I. Schl. mit nach l. abgew. Kopf | | 7 | Kontraktionsring | o. B. | K. †, 3700, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 40. Kopfgeschwulst | Walcher 2×, Hystereuryse. Wendung auf beide Füsse. Extraktion Armlösung (schwer). Perforation des nachfolgend. Kopfes. Credé | † |
| 53. 03/04. Kl. 252 (159) | 29 | II. p. mit 4 Jahren laufen gelernt. I. p. spontan. K. † nach | 24,5 25,5 16 10 c. v. 8,5 B. E. 11,5 B. M. $11^{3}/_{4}$ | — | I. Schl. | – | 5 | Nabelschnurvorfall | normal | K. †, 2400 (Sinecerebro), L. 48, Sch. U. 35 | Hystereuryse, Perforation. Nabelschnur-Repositions | † |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. 03/04. Pol. 65 (1) | 26 | II. p. | c.d. 10,5 c.ext. 17,5 | — | I. Stirnlage | — | 15 | Meconiumabgang, Asphyxie des Kindes | o. B. | M. schwer asphyktisch | Wendung, Extraktion | 2 Stunden Wachter'sche Hängelage, Veit-Smellie |
| 55. 03/04. Pol. 227 (6) | 30 | VIII. p. 1. Abort | c.d. 10,5 | — | I. Schl. | — | 13 | Verlangsamung der Herztöne (100), Kontraktionsring 3 Querfinger breit über der Symphyse | o. B. | K. Diaphysenfraktur des Armes | Wendung, Extraktion | — |
| 56. 03/04. Pol. 584 (33) | 30 | II. p. | c.d. 10,5 | — | I. Schl. Vorderhaupt- u. hintere Scheitelbeineinstellung | künstlich | — | Nabelschnurvorfall | o. B. | M. asphyktisch | Wendung auf beide Füsse, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | Scheidendammriss |
| 57. 04/05. Pol. 94 (56) | 35 | VI. p. 2× spontan, 3× totgeboren | c.d. 10,5 sp.i. 25 cr.i. 28 c.ext. 19 | — | II. dorsopost. Querlage | künstlich | — | Nabelschnurvorfall | o. B. | K. L. 54, K.U. 35, Gr.Schr. 13 | Blasenspreng., Wendung; Extraktion, Armlösung; Veit-Smellie-Wiegand-Winkel-Martin | Scitl. Scheidenriss |
| 58. 06/07. Pol. 644 (130) | — | IV. p. 1× Zange, K. †, III. p. Zwillinge. 1 Kind lebt, 1× Perforation | c.d. 10,5 | — | I. abgew. Schl. | — | 18 | Arm- und Nabelschnurvorfall | — | M. blass asphyktisch, atmet oberflächlich nach ½ Std., † nach 10 Stunden | Wendung, Extraktion | † Fraktur der Clavicula |
| 59. 03/04. Kl. 132 (150) | 25 | III. p. Skrophulose, 1× Abort, 1× Zange | 22,5 24,5 17,5 10,5 | — | I. Schl. | — | 7½ | — | normal | K. 2600, L. 48, K.U. 33,5, Sch.U. 33,5, Gr.D. 10,5, Gr.Schr. 12,5, Kl.Schr. 11, Gr.qu. 9, Kl.qu. 8 nach 6 Std. † | Hystereuryse, Wendung, Extraktion; Veit-Smellie | — |
| 60. 07/08. Pol. 605 (269) | 40 | X. p. | c.v. 9,5 | — | II. Hinterhauptslage, vord. Scheitelbeineinstellung, Kind † | — | — | — | — | K. † | Wendung, Extraktion; Veit-Smellie | † |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 61. 07/08. Pol. 875 (311) | 32 | III. p. I. p. II. p. } Forceps | c.v. 9 | — | I. Vorderhauptlage | vorzeitig | — | Gefährdung der mütterlichen Weichteile, drohende Asphyxie des Kindes | — | M. | Wendung, Extraktion; 2 Spritzen Secacornin, Uterusmassage | — |
| **Äusserliche Wendung.** | | | | | | | | | | | | |
| 62. 03/04. Kl. 196 (140) | 30 | IV. p. 3× spontan | 27 21<br>19 10<br>c.v. $8^3/_4$<br>B.M. 11<br>B.E. 10,5<br>B.enge $9^3/_4$ | | I. dorso-ant. Querlage | — | 32 | Nabelschnurvorfall | | K. asphyktisch, 3050, L. 49, K.U. 34,5, Sch.U. 34, Gr.D. 11,5, Gr.Schr. 13, kl.Schr. 10,5, Gr.qu. 9,5, Kl.qu. 8,5 | Äusserliche Wendung, Nabelschnurreposition in Knieellenbogenlage | |
| **Pubiotomie.** | | | | | | | | | | | | |
| 63. 06/07. Gyn. 730 Kl. 704 (284) | 33 | V. p. mit 4 Jahren laufen gelernt, I. p. Zwillinge, Kinder lebensfrisch, II. p. normal, K. später †, III. p. Zange, K. †, IV. p. Steiss- | 24 27<br>20 10,5<br>B.E. 11,5<br>B.M. 11<br>B.A. 10<br>c.v. $8^3/_4$-9 | Promontorium springt stark vor | I. Steisslage | — | 22 | — | Nach 8 Tagen eine gegen die Scheide abgegrenzte Wundhöhle, die zwischen grossem und kleinen Labium nach der Sägestelle im Schambeinaste geht und sich, die Sägewunde des Knochens mit umfassend, auch noch oberhalb bis ziemlich dicht unter | K. 4200, L. 52, K.U. 36, Sch.U. 39, übertragenes Kind | Walchersche Hängelage, Pubiotomie, Credé | Retroplacentares Haematom, kleiner Scheidenriss, Entlassung nach 4 Wochen, von aussen und von der Vagina aus ein ca. 2 cm breiter Spalt zu fühlen. Von Kallus keine Spur. Beim Auftreten fühlt man von der Vagina aus deutlich eine Verschiebung der Enden gegen einander um $^1/_2$ cm nach oben rechts. Unten ohne jede Empfindlichkeit, auch beim energischen Drücken. Der Einriss links nach |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | sus geworden. Uterus und Adnexe o. B. |
| 64. 07/08. Kl. 90 Gyn. 91 (287) | 37 | IX. p. Mutter an Tbc.† I—V. p. Frühgeburten, VI. und VII. p. Nabelschnurvorfall, K. †, VIII. p. Beckenendlage, K. † | 26,5 29<br>18,5 10,5 | Promontorium springt stark vor. Die hintere Wand d. Symphyse zeigt eine flache, breite Exostose | II. Schl. | — | 25 | Träge Wehen, Meconiumhaltiges Fruchtwasser | erste 2 Wochen Fieber bis 39° | M. 3320, L. 53, K.U. 35, Sch.U. 34, Gr.D. 11, Gr.Schr. 13, Gr.qu. 9 | Pubiotomie, Zange, Credé | Entlassungsbefund nach 4 Wochen ganz völlig frei |
| 65. 07/08. Gyn. 660 (289) | 28 | II. p., I. p. spontan, Kind † nach 14 Tagen | 24 26<br>18 10<br>c.v. $8^3/_4$<br>B.E. 10,5<br>B.M. 9,5<br>B.A. 9 | — | I. Schl. hint. Scheitelbeineinstellung | — | — | Meconiumhaltiges Fruchtwasser | von 4—17 T. bis 39,6°, sonst leichtes Fieber | — | Hebeosteotomie | Entlassungsbefund nach 45 Tagen Descensus der vord. Vaginalwand. Pat. geht ohne Hinken und ohne subjekt. Beschwerden |
| **Sectio caesarea.** | | | | | | | | | | | | |
| 66. 04/05. Kl. 660 Gyn. 596 (184) | 24 | III. p. mit 4 Jahren laufen gelernt, Chlorose, 2× Forceps, K.† | 27 27<br>17 10,5 | Allgemein verengtes Becken | I. Schl. | — | — | — | Nach 3 Wochen entlassen, in den ersten fünf Tagen F. bis 38,8°, dann normal | K. 4180, K.U. 37, Sch.U. 40 | Sectio caesarea | Die Rekonvaleszentin wurde in den ersten Tagen nach der Operation durch eine leichte Bronchopneumonie befallen, zu der sich eine Mastitis hinzugesellt hatte |
| 67. 06/07. Gyn. 321 (300) | 28 | III. p. 1× Wendung†, Perforation, 1× Perforat., 1× Abort, Phthisis pulmonum | c.d. 10,5 | — | — | — | — | — | Fieberfrei, Entlassung nach 20 Tagen | — | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus $2^1/_2$ cm Querfingerbreit über der Symphyse, leicht adhärent. Fast kein Fluor |
| **Extraktion bei Beckenendlage.** | | | | | | | | | | | | |
| 68. 03/04. Kl. 225 | 42 | IV. p. Vor 18 Jahren Unfall, wobei Verletzung des Kreuzbeins u. d. Wirbelsäule; 1× Perforat., 2× Frühgeburt | 22 25<br>18,5 11<br>c.v. 9—9.5<br>B.E. 9,5<br>B.M. 9,5<br>B. enge S | Doppeltes Promontorium | I. Vollkommene Fusslage | — | 22 | — | normal | M. † 2522, L. 50, K.U. 33, Kind stirbt während der Geburt ab | Hysteneuryse, Extraktion, Veit-Smellie | † |

| Lfde. No Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **Künstliche Frühgeburt.** | | | | | | | |
| 69. 04/05. Kl. : 87 | 23 | II. p. Vater an Tbc. †. Mit 2 Jahren laufen gelernt. 1 mal spontan | 24 27 19 10-10,5 B. E. 11 B. M. 11,5 B. A. 11,5 | — | I. Schl. | — | 46 | Nabelschnurvorfall | o. B. | K. †, 2540, L. 46. K. U. 33. Sch. U. 33 | Hystereuryse, Wendung auf den Fuss, Extraktion, Perforation d nachfolgenden Kopfes | Künstliche Frühgeburt |
| | | | | | **Wendung.** | | | | | | | |
| 70. 07/08. Pol. 875 | 32 | III. p. I. p. Forceps II. p. „ | c. v. 9 | — | I. Vorderhauptslage | vorzeitig | — | Gefährdung der mittleren Weichteile. Drohende Asphyxie des Kindes. | — | M. | Wendung, Extraktion, 2 Spritzen secacornin, Uterus massage | — |

# Vera 8,4—7,5.

## I. Erstgebärende.

### Spontangeburten.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 71. 03/04. Pol. 546 | 24 | I. p. | c. d. 10 | — | II. Schl. | — | — | — | o. B. | M. 5000 | Impression | Spontangeburt |
| 72. 03/04. Pol. 714 | 29 | I. p. | c. d. 10 sp. i. 24 cr. i. 28 c. est. 20 | — | I. Schl. | — | 28 | Tetania uteri | o. B. | — | Morphium | Spontangeburt |
| 73. 05/06. | 34 | I. p. | c. d. 10 | plattes | I. Schl. | — | 50 | — | o. B. | K. | Walchersche | Spontangeburt |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 74. 03/04. Kl. 135 | 30 | I. p. Mit 2 Jahren laufen gelernt | 21 27<br>19 10¼<br>c. v. 8 | — | Hintere Scheitelbeineinstellung | | | nach 14 Std. kreissen | | L. 54, K. U. 36, Sch. U. 38, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 11, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Dammriss | |
| 75. 03/04. Kl. 245 | 20 | I. p. Rhachitis | 24 29<br>19 10<br>c. v. 8¼<br>B. E. 8,5<br>B. M. 9<br>B. A. 8 | — | II. Hinterhauptslage | — | 53 | T. 37,6 | normal | K. 3240, L. 51. K. U. 33, Sch. U. 38, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7 | — | Spontangeburt |
| 76. 03/04. Kl. 412 | 19 | I. p. Mit 3 Jahren laufen gelernt | 23 25<br>16 10¼<br>c. v. 8¼<br>B. E. 9<br>B. W. 10 | — | II. Vord. Hinterhauptslage | — | 18 | — | 1.–7. Tag T. 36,6 bis 38,7 | K. 3580, L. 54, K. U. 37,5, Schr. U. 40, Gr. D. 12, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 8 | — | Spontangeburt |
| 77. 03/04. Kl. 346 | 22 | I. p. Vater an Tbc. † | 24 27<br>19 10 | — | I. Schl. | — | 47 | T. 38,2 | o. B. | K. 3840, L. 52, K. U. 39, Sch. U. 39, Gr. D. 12,5, Gr. Schr. 14,5, Kl. Schr. 11, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8,5 | — | Spontangeburt: Kind leicht asphykt., bald wiederbelebt. Auf d. linken Scheitelbein sind zwei etwa bohnengrosse, vom Promontorium herrührende blauverfärbte Druckmarken. Paralyse der rechten Gesichtshälfte |
| 78. 04/05. Kl. 529 | 22 | I. p. Rhachitis | 26 27,5<br>18 10 | — | I. Schl. | künstlich | 21 | — | normal | K. 3320, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 37, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 12,5, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7 | Blasensprengung | Rachitischer Rosenkranz |

| Lfde. No. Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 79. 04/05. Kl. 451 | 23 | I. p. | 28 32<br>19,5 10-10.5<br>c. v. 8.<br>B. E. 9,5.<br>B. M. 10,<br>B. A. 8,5 | — | I. Schl. | — | 25 | — | normal | M. †. 3450.<br>L. 51, K. U. 36.<br>Sch. U. 37.<br>Fazialisparese.<br>Nach 24 Stunden † | — | Spontangeburt. Sektionsbefund des Kindes: Ziemlich grosses subarachnoideales Hämatom |
| 80. 07 08. Kl. 115 | 35 | I. p. Rhachitis | 25 31<br>16 9<br>c. v. 8 | — | I. Schl. Vordere Scheitelbeineinstellung | — | 21 | — | normal | M. 2780.<br>L. 51, K. U. 33.<br>Sch. U. 32,<br>Gr. D. 11,<br>Gr. Schr. 13,<br>Gr. qu. 8,5 | Credé | Spontangeburt |

## Operative Entbindungen.

### Zange.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 81. 03/04. Pol. 284 Kl. 301 | 19 | I. p. Tbc. | c. d. 10¼, sp. i. 24,5, cr. i. 27 | - | I. Schl. | — | 38 | — | 10 Tage im Bett gelegen. Erste 7 Tage T. 38,8 | K. †<br>Asphyktisch. 3750, L. 50, Gr. Sch. 13,5, K. U. 37, Kl. Schr. 10, Sch. U. 35, Gr. qu. 10, Gr. D. 10,5, Kl. qu. 8 | Zange | Kind lebt 1 Tag nur. Sektionsbefund: Punktförmige Blutungen in der medulla oblongata |
| 82. 04/05. Pol. 709 | 20 | I. p. | c. d. 10 | pelvis plana | I. Schl., dann tiefer Querstand | vorzeitig | — | Drohende Asphyxie. Schwache Wehen | o. B. | M. | Morphium, Walcher, Forceps, Credé | — |
| 83. 06/07. Pol. 151 | 25 | I. p. | c. d. 9¾—10 | — | II. Schl. | — | 32 | Schwanken der Herztöne (zw. 160 –180). | — | M. †<br>Kopfgeschwulst | Forceps | Dammriss II° |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 84. 06/07. Pol. 396 | 34 | I. p. 1 Abort vor 4 Jahren. Seit 4 Jahren verheiratet. Mit 4 Jahren laufen gelernt. Englische Krankh. | c. d. $9^3/_4$ | — | I. Schl. | — | 6 Tg. | | | | | |
| 85. 03/04. Kl. 301 | 18 | I. p. Vater an Tbc. † Die Kreissende ist lungenkrank, mit $1^1/_2$ Jahr. laufen gelernt | 24,5 27 c d. $10^1/_4$ | -- | I. Schl. | — | 39 | Kontraktionsring 3 cm oberhalb der Symphyse. T. 38, P. 108 | 7. Tage T. bis 39°. Lochien übelriech. Über dem r. Oberlappen der Lunge Schallabschwächg. Verschärft. Inspirium ohne Geräusche. Eklampsie, gesund entlassen | K. †. 3750, L. 50, K.U. 37, Sch. U. 35, Gr. D. 10,5, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8. Kopfgeschwulst | Morphium. Scheidenspülung. Alle 2 Std. heisse Scheidenspülungen wegen der langsam steigenden Temperatur. Forceps | Kind asphykt. II°, wiederbelebt; nach 13 Stunden †. Sektionsbefund: Punktförmige Blutungen in der medulla oblongata und beginnende Erweichungsherde |
| 86. 06/07. Kl. 342 | 28 | I. p. | 25 28 10 10-10,5 | — | II. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | 28 | Drohende Asphyxie des Kindes | normal | K. 3350, L. 52, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 11, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Walchersche Hängelage. Forceps in Narkose aus Beckenenge | Kind asphyktisch, wiederbelebt. Kopfgeschwulst, rechtsseitige Fazialislähmung |

**Perforation.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 87. 03/04. Pol. 147 | 31 | I. p. Mit 6 Jahren laufen gelernt | c. d. $9^3/_4$ | — | I. Schl. | — | — | — | — | † | Perforation bei totem Kinde | Zeichen von Rhachitis |
| 88. 05/06. Pol. 678 | 25 | I. p. Mit 4 Jahren laufen gelernt. Rhachitis | c. d. 9,5 | — | I. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall | — | K. † (intrapartum) | Wendung, Extraktion, Armlösung, Perforation am nachfolgenden Kopfe. Credé, Naht | Übertragenes Kind. Scheidendammriss |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 89. 06/07. Fol. 750 | 28 | I. p. | c. d. 9,5 - 10 | — | I. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall ohne Pulsation desselben | Fieberfrei | M. † | Perforation, Kranioklasie, Extraktion | — |
| 90. 04/05. Kl. 598 | 26 | I. p., Rhachitis | 25 27 17 9,5 | — | I. Schl. | — | 52 | T. 37,5°, P. 80, T. 38,3° nach 20 Stunden | — | K. † 2720 (sine cerebro) L. 51 | Perforation, Spontangeburt, Alkoholspülung | Physometra |
| **Perforation bei lebendem Kinde.** | | | | | | | | | | | | |
| 91. 06/07. Kl. 334 | 21 | I. p., Rhachitis | 25 27 18 10—10,5 | — | I. Schl. | — | — | Dehnung des unteren Uterinsegmentes | — | K. † 3350 (sine cerebro) L. 54 | Walchersche Hängelage, Perforation am lebenden Kinde, Kranioklasie, Extraktion, Credé | Übertragenes Kind, die Kreissende weist eine Beckenerweiternde Operation zurück. Wegen d. doch immerhin möglichen Nichtkeimfreiheit d. inneren Genitalien (d. häufigen inneren Untersuchungen) eine Sectio caesarea kontraindiziert ist. |
| **Wendung und Extraktion.** | | | | | | | | | | | | |
| 92. 06/07. Pol. 371 | 30 | I. p. | c. d. 10 | — | I. dorso-ant. Querlage | — | 68 | Wechseln der Herztöne | Dammriss gut geheilt | K. asphyktisch | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie Dammnaht | Dammriss III°. |
| **Pubiotomie.** | | | | | | | | | | | | |
| 93. 06/07. Kl. 79 Gyn. 282 | 21 | I. p., Rhachitis | 24,5—25 16 9 c. v. 7,5—8 | — | I. Schl. | — | — | Fruchtwasser mekoniumhaltig | Cystitis, Decubitus, ersten 23 Tage T. bis 39°, dann leichtes Fieber, etwas über | K. † 2800, L. 49, K. U. 35, Sch. U. 34, Gr. D. 10, Gr. Schr. 12,5, Gr. qu. 8 (blass asphyktisch) | Pubiotomia sinistra, Wendung, Extraktion, Muttermundinzisionen | Kind nach 1 Tag †. Entlassung nach 62 Tagen, Gang normal, ohne bes. Beschwerden. Mässige Kallus- |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Lungen-krankheit †. Rhachitis, Skrophulose | | | | | | Frucht-wasser, Albuminurie | beider Beine, Hydrops des rechten Knies, Entlassung nach 67 Tagen, ersten 4 Wochen T. bis 39° | | Zange, mediane Damm-inzision | links nicht so weit. Entlassungsbefund: Die durchsägte Stelle ist bei Betastung schmerzhaft. Von aussen fühlt man zwischen den Knochen eine Verbindungsleiste, v. innen dagegen nicht. Beim Gehen keine Beschwerden. |
| | | | | | | | | **Episiotomie.** | | | | |
| 95. 03/04. Kl. 256 | 21 | I. p., mit 4 Jahren laufen gelernt | c. d. 10¼, c. v. 8 5, sp. i. 24, cr. i. 26,5 e ext. 18,5 | — | I. Schl. | — | 41 | Sehr hoher Damm. Drohende Asphyxie | o. B. Damm-naht gut geheilt | M. 2530, L. 50, K. U. 35,5, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5 | Episiotomie, Naht, Durchschneidung d. Nabelschnur und sofortige Extraktion | Rhachitischer Rosenkranz. Dreifaches Umschlingen der Nabelschnur um den Hals. |
| | | | | | | | | **Sectio caesarea.** | | | | |
| 96. 04/05. Kl. 459 Gyn. 462 | 28 | I. p., Skrophulose, mit 5 Jahren laufen gelernt. Vater an Luftröhrenkrebs †. | 25 26 16 9,5 | — | I. Schl. | Die Blase ist vor der Operation gesprungen | — | — | Thrombophlebitis d l. Beines, Mastitis, Entlassung nach 35 T., in d. ersten 9 Tag. T. bis 39.2°. Sonst leicht. Temperatursteigerung. ungünstige Wundheil., 8 Nähte vereitert | M. 3350, L. 51, K. U. 36, Sch. U. 39, † nach 19 Tagen | Sectio caesarea Sterilisation | Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Lordose d. Lendenwirbelsäule, Kind † am 19 Tage p. p. Sektionsbefund: Todesursache Sepsis, Ödema phlegmonosum pedissin. Intumescentia lienis, gastroenteritis catarrhalis. Nephritis parenchymatosa, Myocarditis, ductus Botalli opertus Intumescentia glandul. mesenter. |
| 97. 06/07. Kl. 808 Gyn. 07/07, 19 | 27 | I. p., Rhachitis | 26 28 17 9,5 c. v. 8 | — | II. Schl. | — | — | — | Entlassung nach 49 T. Die ersten 17 Tage Fieber, dann von 23 Tagen 12 Tage | M. 3300, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 36, Gr. D. 12. G. Schr. 13, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8,5 | Sectio caesarea | Linksseitige Skoliose d. Lendenwirbelsäule, Verkrümmung d. Ober- und Unterschenkel, Verdickung des linken Kniegelenkes u. Verkürzung des linken Beines um 7 cm |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 98. 07/08. Gyn. 214 Kl. 184 | 24 | I. p., Rhachitis | 23 24,5<br>15 9¾ | allgem. gleichmässig verengtes Becken | II. Schl. | — | — | — | Rekonvaleszenz nur durch geringe Temperatursteigerungen ersten 9 Tage gestört | K. 3340 | Sectio caesarea | — |
| **Sectio caesarea nach Sellheim.** | | | | | | | | | | | | |
| 99. 07/08. Gyn. 782 | 26 | I. p., Mutter an Tbc. †, Fruchtwasser seit 8 Tagen abgeflossen | c. v. 8 | — | I. Schl., hint. Scheitelbeineinstellung | vorzeitig | 41 | Urin blutig tingiert, Eiweiss schwach positiv, enge straffe Genitalien | Bronchitis diffusa, Bauchdeckenabszess, Riechende Lochien | blass asphyktisch, wiederbelebt | Sectio caesarea nach Sellheim | Mit Rücksicht auf die engen straffen Genitalien kommt mehr cervikaler Kaiserschnitt als Hebosteotomie in Betracht. Entlassungsbefund nach 27 Tagen: Gut verheilte, feste, ca. ½ cm breite Narbe. Uterus in normaler Anteversionflexionsstellung, das corpus hinter der Querschnittnarbe gut involviert. In d. rechten Seite noch kleine Infiltration. Lungenbefund: nirgends Dämpfung, nur noch vereinzelte bronchitische Geräusche |
| 100. 07/08. Gyn. 815 | 28 | I. p., Rhachitis | c. v. 8,5 | — | I. Schl. | vorzeitig | — | Cervix-Dehnung | Exitus letalis am 3. Tage † | asphyktisch, wiederbelebt | Sectio caesarea nach Sellheim | Exitus letal. am 3. Tage. Sektionsbefund: Peritonitis im vorderen Douglas. Beginnende Abzessbildung einmal zwischen Faszie und Muskel im Bereich der Faszienablösung, ferner zwischen Muskel u. Peritoneum parietale im Bereich d. Schnitt- |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | Muttermunde, ist nur 3 cm lang u. tadellos aseptisch verklebt |
| 101. 08/09. Gyn. 9 | 17 | I. p., Mutter an Tbc. † Fruchtwasser vor 4 Stunden abgeflossen | c. v. 8,5 | — | I. Schl. | — | — | Sehr bedeutende Cervixdehnung, Kontraktionsring fast in Nabelhöhe. Asphyxie des Kindes | Riechende Lochien, Bronchitis, Bauchdeckenabszess | asphyktisch, wiederbelebt | Sectio caesarea nach Sellheim | Entlassungsbefund nach 16 Tagen: Tiefe Querschnittnarbe. Uterus normal gross, anteflektiert, sinistroponiert, sehr beweglich. Muttermund geschlossen. Gegend der linken Adnexe etwas druckempfindlich, keine Resistenz daselbst nachweisbar. Rechte Adnexe o. B. |

## II. Mehrgebärende.

### Spontangeburten.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 102. 03/04. Pol. 688 | 29 | III. p. | c. d. 10, sp. i. 24, cr. i. 28, c. ext. 18. | mässig verengtes Becken | II. Schl. | — | — | Tetania uteri, Hängebauch | o. B. | K. | Hochbinden d Bauches | Spontangeburt |
| 103. 06/07. Pol. 415 | 33 | II. p. I. p. sehr lange, angeblich 5 Tage | c. d. 10 | — | I. Schl. | — | 24 | — | — | M. Kopfgeschwulst | — | Spontangeburt |
| 104. 03/04. Kl. 265 | 30 | VI p. 2× spont. Kinder leben, 1× Zange, K. lebt, 1× Wend., K. †, V. p. Frühgeburt, K. lebt 38 Wochen, m. 1¼ J. laufen gelernt. Vater an Tbc. †. | sp. i. 25<br>27<br>18 10<br>B. E. 11,5<br>B. enge 7,5<br>c. v. 9¾ | — | I. Schl. | — | 10 | — | normal | K. 2650,<br>L. 49. K. U. 34,<br>Sch. U. 35,<br>Gr. Schr. 13,<br>Kl. Schr. 10,5,<br>Gr. D. 11,<br>Gr qu. 8,5,<br>Kl. qu. 7,5 | — | Schwangerschaftszeit: 36.—37. Woche Spontangeburt |
| 165. 03 04. Kl. 151 | 25 | IV. p., I. p. normal. II. p. Wendung bei Querlage. III. p Querlage, Spontangeburt | 25 28<br>18,5 10 | — | I. Schl. | — | 47 | — | o. B. | M. 2600,<br>L. 47, K. U. 34,<br>Sch. U. 34,<br>Gr. D. 11,<br>Gr. Schr. 12.5,<br>Kl. Schr. 10,<br>Gr. qu. 9,<br>Kl. qu. 8 | — | Spontangeburt |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 106. 03/04. Kl. 368 | 40 | IV. p. | 27,5 24 17 10¼ | — | I. Schl. | — | 12 | — | normal | K. 3060, L. 52, K. U. 35, Sch. U. 34, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7,5 | — | Spontangeburt |
| 107. 03/04. Kl. 590 | 25 | II. p. Rhachitis, mit 6 Jahren laufen gelernt, I. p. spontan, aber langdauernd | 21,5 25,5 15 10 c. v. 8¼, B. W. 9¼, B. enge 10¼ | doppeltes Promontorium | I. Schl. | vorzeitig | 13 | — | Entlassungsbefund: Adnexe etwas verdickt und empfindlich | M. 2780, L. 51, K. U. 34, Sch. U. 37, Gr. D. 10,5, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 8,5, asphyktisch | Walchersche Hängelage | Spontangeburt. Kopfgeschwulst auf beiden Scheitelbeinen des Kindes. An der linken Schläfe etwas vor und oberhalb des Ohres eine kleine Eindellung, die Haut darüber ist völlig zerquetscht |
| 108. 04/05. Kl. 492 | 31 | VII. p. 3mal spontan, Kinder leben 1mal Zange, Kind lebt. 1mal Wendung, Kind †. 1mal künstl. Frühgeburt. Kind lebt. Blasenfistel | 25 27 18 10 | — | I. Schl. | — | 10 | Nabelschnurvorfall | normal | M. 2800, L. 51, K. U. 34, Sch. U. 34 | Reposition der Nabelschnur; Walchersche Hängelage | Spontangeburt |
| 109. 04/05. Kl. 407 | 32 | VI. p. Rhachitis, mit 5 Jahren laufen gelernt, I. p. Zange. Die übrigen Partus spontan. Vor 2 Tagen | 25 27 17,5 9,5 c. v. 8 -8,5, B. E. 10,5 bis 11, B. W. 11,5 bis 12, B. A. 10,5 | — | I. Schl. | vorzeitig | 23 | — | Vom 1. bis 3. Tage p. p. T. bis 38,3°, im übrigen normal, im 4., 5. u. 6. Tage riechende | K. 2860, L. 51, K. U. 34, Sch. U. 36 | — | Spontangeburt |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 110. 05/06. Kl. 219 | 34 | VI. p. | c. d. 9,5—9, B. E. 11, B. M. 11, B. A. 9, c. v. 7,5 | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | | 11 | Asphyxie | | L. 45, K. U. 32, Sch. U. 33 | |
| 111. 05/06. Kl. 637 | 35 | IX. p. I.—V. p. spont. 4 Kinder leben. Ein mit $1^1/_2$ Jahren †. VI.—VIII. p. abnorme Lagen. K. †. | 24 28 19 $9^3/_4$ | — | I. Schl. | — | — | — | normal | M. 3860, L. 54, K. U. 39, Sch. U. 39, Facialis parese | — |
| 112. 05/06. Kl. 624 | 22 | II. p. I. p. schwer | 25 27 17,5 10 | — | I. gedoppelte Steisslage | vorzeitig | — | — | normal | K. 1700, L. 42, K. U. 31, Sch. U. 29, Gr. D. 10, Gr. Schr. 10, Kl. Schr. 9, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 6,5 | Armlösung Veit-Smellie |
| 113. 06/07. Kl. 651 | 24 | II. p. Vater a Tbc.†. Vor 3 Jahren Rheumatismus. I. p. Forceps | 24 26,5 18 10—$10^1/_4$ | — | I. Schl. | — | 4 | — | normal | K. 3100, L. 50, K. U. 34, Sch. U 35, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Walchersche Hängelage |
| 114. 07/08. Kl. 548 | 29 | II. p. | 24 27 18,5 10 | — | II. Schl. | — | — | — | o. B. | M. 2710, L. 49, K. U. 33, Sch. U. 33, Gr. D. 12,5 Gr. Schr. 13 5, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Credé |
| 115. 07/08. Kl. 493 | 23 | II. p. Rhachitis | 24 24 c. v. 9,5, c. d. $8^1/_4$ bis 8,5, B. E. 9, B. M. 9. B. A. 8 | — | I. Schl. Vordere Scheitelbeineinstellung | — | 14 | — | o. B. | K. 2550, L. 50, K. U. 33, Sch. U. 33, Gr. D. 11, Gr. Schr. 12, Gr. qu. 9, leicht asphykt. | Walchersche Hängelage |

| | |
|---|---|
| | Spontangeburt |
| — | |
| Spontangeburt | |
| Spontangeburt | |
| Spontangeburt | |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Operative Entbindungen.** | | | | | | | | | | | | |
| **Zange.** | | | | | | | | | | | | |
| 116. 04/05. Pol. 482 | 22 | II. p. Mit 2 Jahren laufen gelernt | c. d. 10 | — | I. Schl. | — | — | Kontraktionsring oberhalb des Nabels. Sehr grosses Kind. T. der Kreissend. 37,7° | — | K. 4500, K. U. 37, Sch. U. 40, asphyktisch | Zange, Dammnaht, heisse Uterusalkoholausspülung, Uterusmassage, Cornutin | Starke atonische Nachblutung |
| 117. 05/06 Kl. 731 | 42 | X. p. Spät laufen gelernt. Die vier ersten Geburten spontan; darauf Zangengeburt., 1 Abort und Perforationen. 5 Kinder leben. | 24 27 17 $9^3/_4$ | — | I. Schl. | — | 44 | T. 37,4° | normal | K. 3130, L. 53, K. U. 37, Sch. U. 36, Gr. D. 12,5. Gr. Schr. 13, Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9, kl. qu. 8. Kopfgeschw. | Walchersche Hängelage. Zange. | — |
| **Hohe Zange.** | | | | | | | | | | | | |
| 118. 04/05. Kl. 130 | 32 | II. p. Mutter a. Tbc. † I. p. operativ beendet | 26 28 17,5 $10^1/_4$ | — | II. Schl. | — | 30 | — | Vom 26.—28. Tage nach der Entbindung T. bis 39° | K. 3210. L. 53, K. U. 36. Sch. U. 35 | Hohe Zange (Tarnier) | Dammriss II° |
| **Perforation.** | | | | | | | | | | | | |
| 119. 04/05. Pol. 524 | 37 | XI. p. (7 p. u. 3 Aborte) mit 3 Jahren laufen gelernt | c. d. 9,5—10, Promontorium scharf hervorspringend | — | II. Schl. | — | 45 | Kontraktionsring am Nabel | o. B. | K. † | Perforation d. moribunden Kindes; Extraktion | — |
| 120. 03/04. Pol. 377 | 37 | IV. p. 1× Abort, 1× Perforation, Scheidendammriss II° | c. d. 10 | — | I. Schl. | — | 12 | Mekoniumhaltiges Fruchtwasser, Herztöne | o. B. | † L. 56, 3500 (sine cerebro) | Narkose, Wendung, Extrakt., Armlösung, Vers Wiegand-Martin-Winkel, Perforation des | Placenta spontan nach 20 Minuten |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pol. 408 | | 1× Abort, Rhachitis | | und plattes Becken, doppeltes Promontorium | Hintere Scheitelbeineinstellung | | | Temperatursteigerung | | L. 60, G. 3000 (sine cerebro) | Kraniokiasie, Credé, manuelle Lösung der Plazenta, Cornutin | |
| 122. 04/05. Pol. 527 | 27 | II. p. I. p. Gemelli | c. d. 10 | Schräg verengtes Becken, Promontorium springt scharf vor, etwas mehr nach rechts | II. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | nach 60 Std. | 69 | Krampfwehen | o. B. | M. † | Wendung auf die Füsse, Extraktion, Armlösung, Perforation des nachfolgenden Kopfes, Impression. Dammnaht | — |
| 123. 03.04. Pol. 661 | 27 | V. p. | c. d. 9,5 | — | I. Schl. | — | — | Unregelmässige Herztöne | o. B. | K. † L. 58, übertragen | Perforation, Extraktion | — |
| 124. 06/07. Pol. 80 | 29 | III. p. I. p. Gemelli 1. Kind spont., 2. Kind Zange, II. p. Perforation | c. d. 9,5 | — | I. Schl. | — | — | — | — | K. † L. 56, G. 3650 (sine cerebro | Wendung, Perforation am nachfolgenden Kopfe | — |
| 125. 06/07. Pol. 87 | 27 | IV. p. I. p. Fusslage, Kind †, II. p. Querlage, Kind †, III. p. Fusslage. Kind lebt | c. d. 9¾ | — | I. vollkommene Fusslage | — | — | Nabelschnurvorfall | — | K. † L. 55, G. 3800 (sine cerebro | Extraktion, Perforation am nachfolgenden Kopfe | Scheidendammriss |
| 126. 06/07. Pol. 784 | 29 | II. p. 2× Zangengeburten, Kind †. III. p. Steisslage, Kind †, an Blasenscheidenfistel operiert, grosser Dammspalt | c. d. 9,5 bis 10 | — | I. dorso-ant. Querlage | — | — | Dauerkontraktionen, Herztöne leise, über 180 | fieberfrei, Dammnaht p. p. geheilt, continene | K. † | Wendung, Extraktion, Perforation des nachfolgenden Kopfes, Dammnaht | Totaler Dammriss |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Wendung und Extraktion.** | | | | | | | | | | | | |
| 127. 03/04 Pol. 756 | 25 | II. p. mit 3 Jahren laufen gelernt | c. d. 9,5 | — | II. dorso-post. Querlage | — | 36 | — | o. B. | K. nach 3 Std. † | Wendung, Extraktion, Impression | — |
| 128. 04/05 Pol. 327 | 32 | IX. p. 1 Abortus, 7 Partus Rhachitis | c. d. 10 | plattes Becken | II. Schl. | — | — | — | — | K. † nach $^3/_4$ Std., K. U. 38 | Wendung, Extraktion, Veit-Smellie | Hydramnios |
| 129. 05/06. Pol. 417 | 28 | III. p. | c. d. 10 | — | I. Schl. | — | — | — | — | K. 4000 | Wendung auf beide Füsse, Extraktion, Credé, Wiegand-Winkel-Martin | — |
| 130. 06/07. Pol. 193 | 30 | III. p. I. p. Forceps, II. p. spontan, Kind 8 Monate alt | c. d. $9^3/_4$ bis 10 | — | I. dorso-post. Querlage | — | 26 | Verlangsamung der Herztöne; Nabelschnurvorfall, Placenta praevia | o. B. | M. †, asphyktisch nach $^3/_4$ Std. † | Wendung in Narkose, Extraktion, Armlösung, Winkel-Wiegand-Martin. Credé | — |
| 131. 06/07. Pol. 275 | 28 | IV. p., I. p. Steisslage, K. †, II. u. III. p. nach sehr langer Dauer Zange, beide Kinder kurz nachher † | c. d. 10 | — | II. Schl. Hint. Scheitelbeineinstellung | — | 16 | Herztöne wechselnd, Abgang von mekoniumhaltigem Fruchtwasser | — | K. leicht asphyktisch | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 132. 06/07. Pol. 409 | 30 | II. p., I. p. vor 2 Jahren Perforation | c. d. 10 | — | II. Schl. Hint. Scheitelbeineinstellung | künstl. | 4 T. | — | — | K. | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 133. 06/07. Kl. 134 | 25 | II. p. Rhachitis, I. p. spontan | 20 24 19 $9^3/_4$-10 | — | I. Schl. Hint. Scheitelbeineinstellung | — | 18 | Nabelschnurvorfall | normal | K. 2850, L. 50, K. U. 34 Sch. U. 35, Gr. D. 10,5, Gr. Schr. 12,5, Kl. Schr. 10,5 | Wendung, Extraktion, Armlösung, Wiegand-Winkel-Martin | — |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | II. p. künstl. Frühgeburt, K. †, III. p. künstl. Frühgeb. u. Perf., IV. u. V. p. spont., Frühgeburten | 9,5 unt. „ c.v. $7^1/_4$-$7^1/_2$ B.E. 10 B.M. 11 B.A. 9 | torium | Querlage | | | | | Gr.D. 8,5, Gr.Schr. 11, Gr.qu. 7. Asphyktisch nach 20 Min.† | Armlösung, Veit-Smellie, Extraktion, Credé | |
| 135. 07/08. Kl. 402 | 36 | VI. p. Chlorose, 1× Zange, 2× Fehlgeburten, 2× spontan (Steisslage) | 26 30 16,5 $10^1/_4$ | -- | II. Hinterhauptslage | — | — | T. 37,3° | am 10. Tage F. 37,6°, Riechende Lochien | K. 3250, L. 50, K.U. 34, Sch.U. 33, Gr.D. 11, Gr.Schr. 13, Gr.qu. 9 | Wendung in Narkose, Extraktion, Veit-Smellie | — |
| 136. 07/08. Kl. 415 | 30 | IV. p. Rhachitis, Tbc. | 25 25 18 10 | — | I. Schl. | — | 23 | Armvorfall | am 4. Tage F. 37,8°, sonst o. B. | M. 3250, L. 54, K.U. 34,5, Sch.U. 38, Gr.D. 11, Gr.Schr. 12,5, Gr.qu. 9 | Wendung in Narkose, Extraktion, Veit-Smellie | — |
| 137. 04/05. Kl. 432 | 30 | III. p. Rhachitis, als Kind Krämpfe, I. p. spontan, Kind lebte, II. p. künstl. Frühgeburt | 23 27 20 10 | Symphyse auffallend hoch, fast 3 Querfinger breit | I. Schl. | — | 11 | — | normal | M. 3180, L. 49, K.U. 34, Sch.U. 36 | Hystereuryse, Wendung auf die Füsse und Extraktion in Chlorof.-Nark., Winkel-Wiegand-Martin-Veit-Smellie | |
| 138. 07/08 Pol. 814 | 35 | IV. p. I. p. normal, Kind lebt, II. p. Zwillinge, K. †, III. p. Abortus mens V | c.d. $9^3/_4$ bis 9,5 | rhachit. allgemein verengt. plattes Becken, Exostose an der Symphyse, spitz vorspring. Promontorium | II. Stirnlage, Kopf über Beckeneingang | — | 28 | — | — | K. †, sehr gross, L. 57, G. 4750, K.U. $38^3/_4$, bleich asphyktisch geboren, nach 10 Min. † | Wendung in Narkose, Extraktion, Armlösung, Martin-Wiegand-Veit-Smellie Dammnaht | Spitzhängebauch Dammriss II° |
| 139. 07/08. Kl. 709 | 30 | Mutter an Tbc. †, Rhachitis, VII. p., l. und II. p. spontan, Kinder p. p. †, dann 4× Perforation | 22 28 16 9,5 c.v. 8,5 B.E. 12 B.M. 11 | stark vorspringendes Promontorium | II. abgewich. Schl. | — | 5 | inkomplette Uterusruptur, Tumor in Abdomine, der den Kopf nicht ins Becken eintreten lässt | ungestört, beginnende Symptome von Morbus Basedow | M. 1420, L. 40 | Wendung, Hoffmeiersche Impression, Credé | Es ist nicht mit Sicherheit zu sagen, ob der Tumor v. d. Bauchwand od. v. d. Genitalien ausgeht; d. Becken ist derartig verengt, dass die Durchführung d. Hand grosse Schwierigkeiten macht u. allein schon dadurch d. Wendung erschwert wird |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **Künstliche Frühgeburt.** | | | | | | | |
| 140. 03/04. Kl. 227 | 28 | VI. p. mit 4 Jahren laufen gelernt, Rhachitis, Skrophulose, 2× Frühgeburt, 2× spontan, 1× Zange, 4 Kinder † | 23 26<br>17 10<br>c.v. 8¼<br>B.E. 9<br>B.W. 12<br>B.A. 9,5 | — | II. Hinterhauptslage | künstl. | 14 | — | F. 1× 37,8° o. B. | K. †, 2570, L. 48, K.U. 33,5, Sch.U. 34, Gr.D. 10,5, Gr.Schr. 12,5, Kl.Schr. 10,5, Gr.qu. 8,5, Kl.qu. 7,5, K. † nach 24 Std. | künstl. Frühgeburt, Hystereuryse, Reposition d. vorgefallenen Armes, Dammnaht | Frühgeburt in 33. Woche |
| 141. 03/04. Kl. 221 | 28 | II. p. I. p. spontan | 24 26,5<br>17,5 10¼<br>c.v. 8¼<br>B.E. 12<br>B.M. 12<br>B.A. 9,5 | — | II. Schl. | — | 3 | — | normal | M. 3160, L. 50,5, K.U. 34, Sch.U. 36, Gr.D. 10,5, Gr.Schr. 12,5, Gr.qu. 9 | Hystereuryse | Keine Läsion der Vagina bei d. inneren Messung; Andeutung v. rhachitisch. Rosenkranz; Spontangeburt |
| 142. 05/06. Kl. 342 | 38 | II. p. spät laufen gelernt, Rhachitis, I. p. Perforation, grav. mens IX | 23,5 24<br>17 10<br>c.v. 8¼ | — | II. Schl. | künstl. | — | Hystereurynter platzt, Dauerkontraktionen | normal | K. †, 2280, L. 48, K.U. 31, Sch.U. 31, Gr.D. 10,5, Gr.Schr. 12, Kl.Schr. 9,5, Gr.qu. 8,5, Kl.qu. 6,5 | Hystereuryse, Blasenspreng., Wendung, Extraktion bis zum Kopf, Versuch v. Wiegand-Winkel Martin u. Veit-Smellie. Perforation des nachfolgend. Kopfes, Credé, Scheidendammnaht | Künstliche Frühgeburt |
| 143. 06/07. Kl. 271 | 31 | III. p., I. p. Empryotomie, II. p. Fusslage, K. †, Rhachitischer Rosenkranz | c.d. 10<br>cr.i. 24,5<br>sp.i. 28,5 | — | II. dorso-post. Querlage | — | — | Vorfall des linken Armes | normal | K. † 1900, L. 46, K.U. 38, Sch.U. 33, K. ¾ St. p. p. † | Hystereuryse, Armreposition, Wendung in Narkose, Armlösung; Winkel-Wiegand-Martin | |
| 144. 07/08. Kl. 661 | 31 | VI. p. Rhachit., 4× künstl. Frühgeburt, Kinder †, V. p. | 24 26<br>19 10<br>c.v. 8¾<br>B.E. 11 | — | I. Schl. | — | 12 | — | normal | K. 2680, L. 48, K.U. 32, Sch.U. 33, Gr.D. 10, Gr.Schr. 12,5, | Hystereuryse | Künstliche Frühgeburt am Ende der 36. Woche |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3× künstl. Frühgeburt | c. v. $8^1/_4$<br>B. E. 11<br>B. W. 10,5<br>B. enge $9^1/_4$ | | | | | | | Sch. U. 32, Gr. D. 11, Gr. schr. 12, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7,5 | | Stunden † |
| 146. 03/04. Kl. 450 | 26 | III. p. Vater an Tbc. †, mit 2 Jahren laufen gelernt, 1× Perforat., 1× Wendung, Kind nach 12 Std. † | 30,5 31,5<br>c. d. 9,5—10<br>c. v. $7^3/_4$—8<br>B. E. 12<br>B. W. 12<br>B. A. 10<br>B. enge 12,5 | doppeltes Promontorium | I. Schl. dann II. dorso-ant. Querlage; dann II. Steisslage | künstl. | 10 | drohende Asphyxie | normal | M. 2570, L. 47,5, K. U. 33,5, Sch. U. 34, Gr. D. 10,5, Gr. Schr. 12, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 8 | Hystereuryse; Wendung, Extraktion, Wiegand-Winkel-Martin | Künstl. Frühgeburt |
| 147. 04/05. Kl. 537 | 30 | VIII. p. Vater an Tbc. †, Rhachitis, alle Kinder †, Rektumfistel | 26 27<br>18,5 9,5-10<br>c. v. 8<br>B. E. 10<br>B. M. 10,5-11<br>B. A. 11 | — | II. dorso-ant. Querlage | künstl. | 14 | T. 38°, P. 96 | am 2. Tage post p., Temp. 38,4°, sonst normal | M. †, 2960, L. 51, K. U. 33, Sch. U. 36, Gr. D. 11, Gr. Schr. 12, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 9, Kl. qu. 7 | Hystereuryse: Wendung auf den Fuss, Extraktion Veit-Smellie | Künstl. Frühgeburt, Kind nach wenigen Stunden † |
| 148. 04/05. Kl. 692 | 33 | IV. p., I. p. spontan, K. †, II. p. Zange, K. †, III. p. Querlage, K. † | 27 29<br>19 $10^1/_4$<br>c. v. $8^3/_4$<br>B. E. 11,5<br>B. M. 11,5<br>B. enge $11^3/_4$ | — | — | — | — | F. 37,6°, P. 96 | o. B. | — | Hystereuryse | Künstl. Frühgeburt in der 34. Woche |

**Extraktion bei Beckenendlage.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 150. 06/07. Pol. 247 | 25 | IV. p. I. p. Zange, II. p. Querlage Perfor. am nachfolgenden Kopfe, III. p. Frühgeburt | c. d. 9,5 | — | II. vollkommene Fusslage | — | 50 | Nabelschnurvorfall, Verlangsamung der Herztöne | o. B. | M. stark asphyktisch, Impression des linken Scheitelbeines, Fraktur der r. Clavicula | Extraktion in Narkose, Armlösung, Winkel-Wiegand-Martin | Die Impression beim Kinde hat sich nach 8 Tagen zum Teil ausgeglichen; Fraktur gut geheilt |
| 151. 03/04. Kl. 195 | 28 | II. p. spät laufen gelernt, Chlorose; I. p. bei Querlage Hystereuryse; Wendung und Extraktion; K. nach 8 Woch. † | 24,5 26<br>17,5 $9^3/_4$<br>c. v. $8^1/_4$<br>B. E. 11<br>B. enge 10 | — | I. Schl. dann II. Querlage, nachher I. vollkommene Knielage | nach 75 Std. | 77 | — | vom 1. bis 7. Tag T. 38,4° | M. 2940, L. 50, K. U. 35, Sch. U. 35,5, Gr. D. 11, Gr. Schr. $12^3/_4$, Kl. Schr. 10,5, Gr. qu. 10, Kl. qu. 8 | Extraktion, Veit-Smellie, Impression | — |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 152. 07/08. Kl. | 31 | II. p. I. p. Zange | 26 27 17 $9^1/_4$ c. v. 8, B. E. 12, B. M. 11,5, B. A. 9 | — | II. vollkommene Fusslage | — | 24 | — | Krank. Mastitis | K. 3700, L. 53, K. U. 35, Sch. U. 39, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 11, Gr. qu. 10 | Extraktion, Impression des nachfolgenden Kopfes | — |
| 153. 07/08. Kl. 774 | 30 | II. p. Tbc. in der Familie. I. p. Zange, K. † | 24 26 16 9,5 c. v. 8—$8^1/_4$, B. E. 9,5, B. M. 10, B. A. 9 | — | I. Steisslage | — | 8 | T. 37,5 | Riechende Lochien. Gestört | K. 3700, L. 54,5, K. U. 34, Sch. U. 37, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 12,5, Gr. qu. 10 | Extraktion in Narkose. Veit-Smellie. Credé | — |
| **Äussere Wendung auf den Kopf.** | | | | | | | | | | | | |
| 154. 04/05. Pol. 344 | 28 | III. p. | c. d. 10 | mässig verengtes Becken | I. dorso-post. Querlage (dann I. Schl.). Hint. Scheitelbeineinstellung | — | 42 | — | — | K., L. 46, K. U. 34, Sch. U. 35, Gr. D. 11,5, Gr. qu. 8,5, Gr. Schr. 12,5, Kl. Schr. 9,5, Kl. qu. 7 | Äussere Wendung auf den Kopf | — |
| **Hebosteotomie.** | | | | | | | | | | | | |
| 155. 07/08. Gyn. 742 | 25 | III. p. I. p. spontan. Kind an Lebensschwäche †. II. Wendung. Perforation des nachfolgenden Kopfes | c. v. 8 | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | — | — | Bauchdeckenabszess. Riechende Lochien | asphyktisch, wiederbelebt | Hebosteotomie, Wendung, Armlösung | Entlassungsbefund nach 75 Tagen: Portio uteri hoch eleviert im hint. Beckenhalbring; Fundus in Nabelhöhe, ventrifixiert, etwas dextroponiert. Geringe Druckempfindl. Inzisionswunde am Nabel völlig verh. Hebosteotomieschnitt gut vernarbt, ca. $2^1/_2$ cm lang. Die Verbindg. d. beiden Knochenend. ist binde- |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 156. 04/05. Kl. 758 Gyn. 17 | 31 | IV. p. Rhachitis. 2mal Perforation, 1mal Sectio caesarea. Kind lebt | 25 28 18 10 | — | I. Schl. | — | — | — | Am 5. und 8. Tage Temp.-Steigerungen bis 38,2, sonstfieberfrei; nach 18 Tagen Entlassung | K. 3660, L. 55, K. U. 36, Sch. U. 37 | Sectio caesarea | — |
| 157. 06/07. Kl. 244 | 28 | II. p. Rhachitis. I. p. Perforat. | 25 27 17 $9^1/_4$ c. v. $7^3/_4$ | — | I. Schl. | — | — | — | — | K. 3650, L. 52, blau asphyktisch | Sectio caesarea conservativa | — |
| 158. 07/08. Kl. 348 Gyn. 389 | 28 | III. p. I. p. Perforat. II. p. Kaiserschnitt, K. † | c. d. 9 c. v. 8,5 | — | — | — | — | — | Fieberfrei, nach 17 Tagen Entlassung | M. 2360 | Sectio caesarea | — |
| 159. 07/08. Kl. 508 Gyn. 585 | 38 | IV. p. I. p. spont., K. †. II. p. spont., K. † III. p. Gesichtslage, Perforation, Rhachitis, Skrophulose | 26 28,5 16,5 10 c. v. 8, B. E. 10,5 B. M. 10,5 B. A. 9 | — | I. Schl. | — | — | Meconiumabgang. Kopfgeschwulst | Am 2. Tage Temp. 38, dann normal, Entlassung nach 3 Wochen | M. 3040, L. 50, K. U. 36, Sch. U. 35, Gr. D. 11, Gr. Schr. 13. Kl. Schr. 10, Gr. qu. 9. Kl. qu. 8.5 | Sectio caesarea | Sehr starke Blutung |
| 160. 03/04. Gyn. 647 | 30 | III. p. 2mal Perforation | 25 26 17,5 10 | allgem. verengtes plattes Becken | II. Schl. | — | — | — | Tadelloser Verlauf; höchste T. 37,6 (am 5. Tg.), nach 14 T. Fädenentfernung. Heilungp. p. Am 17. Tage aufgestand. | Kopfgeschwulst | Sectio caesarea conservativa | Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, etwas nach rechts verlagert. Fundus 4 Querfingerbreit über der Symphyse. Adnexe links o. B., rechts nicht getastet |
| 161. 03/04. Gyn. 503 | 30 | III. p. I. p. Frühgeburt K. †. II. p. Sectio caesarea, K. †. Mit 7 Jahren laufen gelernt. 2mal Lungenentzündung | 21,5 26,5 16,5 10,5 c. v. $8^1/_4$-8 5. höchster Querdurchmesser 10 cm | — | — | — | — | Wehenschwäche | Vom 1. bis 5. Tage leichtes Fieber. Am 14. Tage Temp. 39,4. Sonst o. B. | L. 53, 3900, K. U. 35 | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus gut involviert, anteflektiert, etwas postponiert. Adnexe o. B. |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 162. 04/05. Gyn. 237 | 26 | III. p. 1 mal Forceps k. †. 1 mal Perforation des lebenden Kindes. Mit 3 Jahren laufen gelernt | 25 27<br>17,5<br>9,5-9¾<br>B. E. 11,5,<br>B. M. 11,5,<br>B. enge 9,5,<br>c. v. 7¾ | — | II. Schl. | — | — | – | Die ersten 11 Tage Temp. bis 38,8. Entlassungsbefund nach 29 Tagen: Uterus gut faustgross anteflektiert. Adnexe o. B. | M. 3690, L. 54, K. U. 37, Sch. U. 40, asphyktisch | Sectio caesarea | Während d. Operation hat d. Instrumentarius bemerkt, dass ihm noch 3 Tupfer und ein Tuch fehlen. Daraufhin nochmalige gründliche Durchsuchung d. Abdomens von seiten des Operateurs ergibt ein negatives Resultat. Zunähen der Wunde. Da aber die Verbandstoffe nirgends zu finden waren, so sieht sich der Operateur veranlasst, das Abdomen noch einmal zu öffnen. Es war nichts zu finden. Im Abdomen findet man eine nicht unbedeutende Menge seröser Flüssigkeit blutig tingiert. Ausspülung u. Vernähung der Wunde |
| 163. 06/07. Gyn. 310 | 33 | V. p. 2 mal Perforat. 2 mal Sectio caesarea | 25 28<br>18 10 | — | I. Schl. | – | – | – | Fieberfrei, nach 18 Tagen entlassen | G. 3000, lebensfähig | Sectio caesarea | — |
| 164. 04/05. Gyn. 327 | 28 | VIII. p. Rhachitis und Masern. 1 mal Embryotomie, 2 mal Perforation, 4 mal künstl. Frühgeburt. 1 mal Abort im 2. Mon. v. 4 Jahr. Familienanamnese o. B. | 27 29<br>18 10 | – | II. Schl. | – | – | – | Wunde p. p. geheilt, durch Bronchitis gestört; am 14. Tg. wurden die Fäden entfernt | G. 4000, L. 53 | Sectio caesarea | Atonische Nachblutung |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 165. 06/07. Gyn. 42 | 27 | II. p. I. p. Perforat. Rhachitis; mit 4 Jahren laufen gelernt. Familienanamnese o. B. | 17 9,5 c. v. 7 | | | | | | | dann gegen Ende des Wochenbettes leichte Tem.-Steigerung. Am 14. T. Fäden gezogen. Gl. Heilung | Sch. U. 37, Gr. D. 10, Gr. Schr. 9, Kl. Schr. 8, tief asphyktisch † | | Entlassungsbefund: Uterus reicht bis zum Nabel, anteflektiert, eleviert, wenig vergrössert. Adnexe u. Parametrien zart u. nicht empfindlich |
| 166. 06/07. Gyn. 321 | 28 | III. p. I. p. Wendung II. p. Perforation. Ein Bruder an Phtise †. | c. d. 10,5 c. v. 8,5 | Quer verengtes Becken | — | — | — | — | | Am 5. Tage Temp. 38. Sonst Verl. der Rekonvaleszenz einwandfr. Heilung p. p. Bei d. Entlassung Uterus etw. adhärent | leicht asphyktisch | Sectio caesarea | Uterus ganz auf die rechte Kante gestellt. Infolge perimetrischer Adhäsionen am Uterus ist er unbeweglich; deshalb Inzision nicht in der Mittellinie, sondern etwas rechts von der linken Tubenecke. Plazenta nicht getrofft., mässiger Blutverlust |



# C. V. 7,4—6,5.

## I. Erstgebärende.

### Wendung und Extraktion.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 167. 06/07. Kl. 206 | 24 | I. p. | c. d. 9 | — | I. Schl. | — | 29 | Armvorfall. Asphyxie des Kindes | o. B. | M. †, 2400, L. 50. Löffelförmige Impression auf d. r. Scheitelbein 3 markstückgr. | Wendung, Extraktion, Veit-Smellie, Impression | Kind blass asphyktisch geboren, nach 1 Stde. wiederbelebt, nach 5 Stunden gestorben. Sektionsbefund: Todesursache: Intrakranielle Blutung |

### Sectio caesarea.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 168. 03/04. Kl. 180 Gyn. 122 | 18 | I. p. | c. d. 8,5, c. v. 7¼, B. E. 10,5, B. A. 11,5 | — | I. Schl. | — | 30 | Starkes Vulvaödem | Nach 6 Wochen entlassen | M. 2570 | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus gut zurückgebildet, anteflektiert, dextrovertiert. Rechte Adnexe o. B., linke etwas verdickt und empfindlich. |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 169. 07/08. Kl. 578 Gyn. 643 | 25 | I. p., Rhachitis, Chlorose | 25 26,5<br>16 8,5<br>c. v. $6^3/_4$—7<br>B. E. 9,5,<br>B. M. 10,<br>B. A 9 | — | II. Schl. | — | — | — | Entlassung nach 16 T., die ersten 2 T. Fieber, T. b. 38,5°. Sonst normal | M. 2500, L. 46, K. U. 33, Sch. U. 34, Gr. D. 10,5, Gr. Schr. 12,5, Gr qu. $8^3/_4$, asphyktisch | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus eleviert, faustgross. Adnexe o. B. Muttermund geschlossen. Portio zapfenförmig. |
| 170. 03/04. Gyn. 445 | 20 | I. p., Eltern an Schwindsucht †, Rhachitis | 25 27<br>15 $8^1/_4$—8,5<br>ob. Pr. $7^1/_4$<br>unt. „ 7,5<br>B. E. 9,<br>B. W. 10,<br>B. enge 10,<br>B. A. 8,5 | Doppeltes Promontorium | II. Schl. | — | — | — | normal, Entlassung nach 24 Tagen | L. 50, G. 3350 | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, adhaerent an der unteren Bauchwand im unteren Drittel der Narbe |
| 171. 03/04. Gyn. 122 | 18 | I. p. | c. d. 8,5<br>c. v. $7^1/_4$<br>B. E. 10,5,<br>B. A. 11,5 | — | I. Schl. | — | — | — | Entlassung nach 21 T., ersten 7 Tage T. bis 39°, sonst o. B. | M. 2570, Schwer asphyktisch, Kopfgeschwulst | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus gut zurückgebildet, anteflektiert, dextrovertiert. Rechte Adnexe o. B., l. etwas verdickt u. empfindlich |
| 172. 05/06. Gyn. 502 | 27 | I. p., Vater an Lungenentzündung, Mutter an Unterleibsleiden †. Rhachitis, Lungenentzündung u. Kinderkrankheiten | 25 25<br>14<br>7,5—$7^3/_4$<br>c. v.<br>$6^3/_4$—7 | Kyphoscoliose, starke Verkrümmung der Oberschenkel nach aussen und der Unterschenkel nach innen | II. Schl. | — | — | — | ersten 14 Tage leichtes Fieber, nach 4 Wochen nach Stat. II verlegt | M. 2500, L. 48,5, K. U. 34, Sch. U. 33, Gr. Schr. 12, Gr. D. 10, Gr. qu. 9 | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Laparatomienarbe gut geheilt |
| 173. 04/05. Gyn. 454 | 22 | I. p., Rhachitis | 25 26<br>17 8,5 | — | II. Schl. | — | — | — | Sehr stark. Ödem der Vulva, Schmerzen in beid. Adnexgegend. Die ersten | Schwer asphyktisch | Sectio caesarea | — |

## Wendung und Extraktion.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 174. 03/04. Kl. 477 | 25 | II. p., mit 4 Jahren laufen gelernt, dann englische Krankheit und erst mit 7 J. wieder zu laufen begonnen | 24 25<br>18,5<br>c. d. schätzungsweise etwas über 9 | — | II. Schl. Hint. Scheitelbeineinstellung | — | 8 | — | normal | M. † 3860, L 53, K. U. 36,5, Sch. U. 11, Gr. D. 12, Gr. Schr. 13,5, Kl. Schr. 11, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7,5 | Wendung, Extraktion Winkel-Wiegand-Martin | Übertragenes Kind. Löffelförmige Impression des linken Scheitelbeins, Kind stirbt nach 1 Tage. Sektionsbefund: Intracranielles Haematom |
| 175. 07/08. Pol. 247 | 29 | II. p., I. p. Perforation am nachfolgenden Kopfe | c. d. 9 | — | I. Schl. Neigung zur hint. Scheitelbeineinstellung | — | — | — | — | K. asphyktisch | Wendung, Extraktion, Armlösung, Winkel-Wiegand-Martin | — |
| 176. 07/08. Pol. 558 | 29 | V. p., I. p. Querlage, Wendung, II. p. Perforation, III. p. spontan, IV. p. Steisslage | c. d. unter 9 | Promontorium sehr weit vorspringend | I. dorso-ant. Querlage | künstl. | — | — | — | K. †, asphyktisch, geboren nach 1 Std. † | Wendung, Extraktion, Armlösung, Winkel-Wiegand-Martin Veit-Smellie | — |

## Perforation des lebenden Kindes.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 177. 03/04. Pol. 580 | 25 | IV. p. | 26 24,5<br>15 8,5 | Plattes Becken | II. Schl. | — | — | Kontraktionsring 3 Querfingerbreit unterhalb des Nabels | o. B. | M. †, L. 53, K. U. 34 | Perforation des lebenden Kindes; Extraktion | — |

## Sectio caesarea.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 178. 03/04. Kl. 161 Gyn. 53 | 36 | II. p., mit 4 Jahren laufen gelernt, I. p. Perforation, Rhachitis, Vater an Lungenerkrankung † | 25¼ 24,5<br>16,5 8,5<br>B. M. 9,5<br>B. A. 8,5 | Doppeltes Promontorium | I. Schl. | — | — | Anasarca, Urin o. B. | — | K. 4050, L. 52, K. U. 38, Sch. U. 40, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 14, Gr. qu. 11 | Sectio caesarea † | Tod der Patientin 6 St. nach der Operation, bei plötzlich eingetretener Blutung a. d. Genitalien. Herzstillstand. Sektionsbefund: Keine sonderl. anämische Organe, Herz schwimmt im mit Wasser gefüllten Herzbeutel u. entleert beim Eröffnen grosse Mengen Luft aus beiden Ventrikeln. (For. ovale persistenz) |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 179. 05/06. Kl. 235 Gyn. 283 | 32 | III. p. 1mal Abort, 1mal Perforat., 1mal spont, K. † | c. d. 9, c. v. $6^3/_4$-7, B. E. 11, B. M. 10.5, B. A. 9,5 | — | — | — | — | — | Entlassung nach 3 Wochen. T. in d. 6, 7, und 8. Tage bis 39°. Sonst normal. | K. 3260, L. 51, K.U. 35, Sch. U. 37 | Sectio caesarea | Entlassungsbefund: Uterus faustgross, anteflektiert |
| 180. 06/97. Kl. 129 Gyn. 112 | 21 | II. p. I. p. sectio caesarea | 24 25 c. d. 8,5, c. v. $7^1/_4$, B. E. 10,5, B. A. 11,5 | — | I. Schl. | — | — | — | vom 6.—15. Tg. Fieber. Temp. bis 38,8°. Entlassung nach 23 Tagen | M. 2700, asphyktisch | Sectio caesarea conservativa | — |
| 181. 07/08. Kl. 320 Gyn. 291 | 28 | II. p. Rhachitis. I. p. Perforation | 28 29 19 9,5—10 c. v. $7^1/_4$, B. E. 10, B. M. 10, B. A. 9 | — | II. Schl. | Die Blase ist v. d. Operation gesprung. | — | — | Entlassung nach 25 Tagen, erste 13 Tage fieberhaft. Temp. bis 38,6° | K. 3420, L. 50 | Sectio caesarea | — |
| 182. 05/06. Gyn. 462 | 32 | II. p. I. p. v. 7 Jahren, Perforation. Vater an Tbc. † | 21 23 15,5 8,5 c. v. $6^3/_4$ | — | II. Schl. Kopf nach links abwichen | — | — | — | ersten 2 Woch. nach d. Operat. T. b. 38,4°, dann normal, Entlassung nach 5 Wochen | M. 2870, L. 49, K. U. 36, Sch. U. 37, Gr. D. 11, Gr. Schr. 12 | Sectio caesarea conservativa | — |
| 183. 07/08. Kl. 560 Gyn. 639 | 25 | II. p. I. p. Perforat., Rhachitis. Vater an Tbc. † | 23 26 17 9 | Promontorium stark vorspringend, hochgradig allgem. verengtes platt. Becken | — | — | — | — | die ersten 6 Tage Fieber | 3250, asphyktisch, L. 48, K.U. 36, Sch. U. 35, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 12,5, Gr. qu. 9,5 | Sectio caesarea conservativa | Sehr starke Blutung |
| 184. 04/05. Gyn. 229 | 27 | V. p. 2mal spontan, 2mal Perforation, | 22,5 29 14 $8^3/_4$-9 c. v. $6^3/_4$ | — | I. Schl. | — | | Kontraktraktionsring in der Nabel- | vom 1.—6. Tag. T. b. 39°, dann leichte Temperatursteigerungen b. zum | — | Sectio caesarea conservativa | Entlassungsbefund: Uterus gut involviert. anteflektiert, Adnexe o. B. |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | B. E. 13, B. M. 12, B. enge 10 | | | | | | nach 17 Tagen | | | Symphyse und Nabel unempfindlich. Adnexe o. B. |
| 186. 07/08. Gyn. 134 | 31 | II. p. I. p. Forceps, Totgeburt, Wochenbettfieber | 25 26,5 c. d. $9^3/_4$ | — | I. Schl. | — | — | — | geringe Temperaturschwankungen 2 mal 38,6° | — | Sectio caesarea | Indikation durch die vor 4 Jahren vorgenommene Fisteloperation. |
| 187. 04/05. Gyn. 366 Kl. 376 | 29 | II. p. I. p. Hysteruryse, K. †. Rhachitis | 25 27,5 13,5 ob. Pr. $10^3/_4$ unt. Pr. $9^7/_4$ c. d. c. v. $7^1/_4$-7,5 B. E. $10^3/_4$, B. W. 11, B. enge $10^1/_4$ | Dopp. Promontorium | II. Schl. | – | — | – | fast fieberfrei. Temp. zweimal bis 38,9° nach 23 Tag. Entlassung | M. 2250, L. 46, K. U. 35, Sch. U. 34, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 12, Gr. qu. 9 | Sectio caesarea conservativa | Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert, mobil von normaler Grösse, nirgends schmerzhafte Resistenz |
| 188. 04/05. Gyn. 341 | 28 | III. p. I. p. spontan, II. p. künstl. Frühgeburt. Kind lebte 1 Tg. 1 Abort vor $3^1/_2$ Jahren im 4. Mon. Masern. Familienanamnese o. B. | 26 29 16,5 9 | – – | – – | – – | – – | – – | Wochenbett durch 6 Tage lang dauernden Ikterus gestört. 2 mal Temperatursteigerungen bis 38 resp. 39°. Heilung glatt | asphyktisch | Sectio caesarea | Die Entwicklung des Kopfes ist schwer, da er sich dem Beckeneingang bereits adaptiert hat. Risswunde im Uterus; Entlassungsbefund: Uterus anteflektiert adhärent |

**Extraktion bei Beckenendlage.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 189. 03/04. Pol. 698 | 44 | IV. p. spät laufen gelernt (7 Jahren). I. p. spontan | c. d. $9^1/_4$ | — | I. Steisslage | – | — | Asphyxie des Kindes | o. B. | M., L. 57. Übertragen | Extraktion, Armlösung, Impression, Veit-Smellie | — |
| 190. 03/04. Kl. 150 | 26 | III. p. Rhachitis. I. p. spontan, K. †. II. p. Zange, K. † | 22,5 23 14 9 c. v. $6^3/_4$ | — | III. Steisslage | vorzeitig | — | Drohende Asphyxie des Kindes | o. B. | K. †, G. 2320, L. 48 | Extraktion mit Haken-Impression; Perforation des nachfolgenden Kopfes beim † Kinde; Dammnaht | Scheidendammriss II°. Dammnaht p. s. geheilt |

# Vera 6,4—5¾.

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I. Erstgebärende.** | | | | | | | | | | | | |
| **Zange.** | | | | | | | | | | | | |
| 191. 05/06. Kl. 358 | 26 | I. p. | 26 27 17,5 8¾ | — | I. Schl. | — | 4 Tage | Drohende Asphyxie des Kindes | o. B. | K. 2600, L. 18, K. U. 34, Sch. U. 34, Gr. D. 11, Gr. Sch. 12,5, Kl. Schr. 9, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 7 | Walchersche Hängelage, Forceps aus Beckenenge | - |
| **Sectio caesarea.** | | | | | | | | | | | | |
| 192. 04/05. Kl. 659 Gyn. 642 | 26 | I. p. Graviditas mens. X. Mutter a. Tbc. †. Mit 4 Jahren laufen gelernt. Rhachitis | 21,5 24 15,5 8-8,5 | -- | — | — | — | Urticaria, Albuminurie 1,5 pro Mille Esbach, mikr. granulierte Zylinder, zahlreiche Leukozyten, platte u. zylindrische Epithelien | Entlassung nach 3 Wochen, vom 4. bis 16. Tage T. bis 38,5 | M. 2900 | Sectio caesarea (nachdem die Erscheinungen von seiten der Nieren vorübergegangen sind) | — |
| **II. Mehrgebärende.** | | | | | | | | | | | | |
| **Wendung.** | | | | | | | | | | | | |
| 193. 06/07. Pol. 491 | 27 | VI. p. 1✕ spontan, 3✕ Wendung m. Perforation des nachfolgenden | c. d. 7¾ | — | I. Schl. | künstlich | 3 Tage | — | -- | K. † | Wendung, Extraktion und Kranioklasie des nachfolgenden Kopfes | — |

## I. Erstgebärende.

### Spontangeburten.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 194. 03/04. Pol. 346 | 23 | I. p. | — | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | — | — | gut | — | — | Spontangeburt |
| 195. 04/05. Kl. 746 | 22 | I. p. | — | — | I. Schl. | — | 25 | T. 37,9° | — | K. 2710, L. 47, K. U. 34, Sch. U. 34 | — | Spontangeburt |
| 196. 06/07. Kl. 658 | 18 | I. p. | 26 28 21 | — | I. Schl. | unbekannt | 40 | — | o. B. | K. 2480, L. 49, K. U. 32, Sch. U. 33, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 14, Kl. Schr. 9, Gr. qu. 8,5, Kl. qu. 8 | | Spontangeburt |
| 197. 07/08. Kl. 406 | 23 | I. p. Vater an Lungenkrankheit † | 25 27 17,5 | — | I. Schl. | — | 4 | — | normal | M. 2770, L. 50, K. U. 34, Sch. U. 34, Gr. D. 11,5, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 9 | — | Spontangeburt |

### Operative Entbindungen.

#### Zange.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 198. 03/04. Pol. 241 | 29 | I. p. | — | — | II. Schl. | — | 6 | — | gut | K., asphyktisch | Forceps, Dammnaht | — |
| 199. 03/04 Pol. 402 | 20 | I. p. | — | — | I. Schl. | vorzeitig | — | — | o. B. | — | Zange | — |
| 200. 03/04. Pol. 487 | 31 | I. p. | — | — | I. Schl. | — | — | Kontraktionsring zwischen Nabel u. Symphyse, Kopfgeschwulst | o. B. Dammnaht p. p. | M. | Cervixdehnung, Episiotomie, Zange, Scheidendammnaht | — |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 201. 03/04. Pol. 510 | 25 | I. p. | — | allgemein verengtes Becken | I. Schl. | — | 6 | Drohende Asphyxie des Kindes | Dammnaht p. p. | M., asphyktisch | Zange, Dammnaht | — |
| 202. 03/04. Pol. 562 | 23 | I. p. | — | — | I. Schl. | — | — | Unregelmässige Herztöne | o. B. | — | Forceps | — |
| 203. 04/05. Pol. 289 | 26 | I. p. Spät laufen gelernt | — | mässig verengtes Becken | I. Schl. | — | — | Asphyxie des Kindes | o. B. | K. | Forceps, Credé, Scheidendammnaht | Scheidendammriss |
| 204. 05/06 Pol. 448 | 34 | I. p. | E. B. | — | II. Schl. | — | 30 | Schlechte Herztöne, Kontraktionsring, schwache Wehen | — | K. | Forceps aus Beckenenge, Cervixnaht | Cervixriss |
| 205. 05/06. Pol. 731 | 32 | I. p. | — | — | II. Schl. | vorzeitig | — | — | — | K. | Forceps aus Beckenweite | — |
| 206. 05/06 Pol. 750 | 26 | I. p. | E. B. | — | I. Schl. | vorzeitig | 14 | Drohende Asphyxie des Kindes | — | M., Kopfgeschwulst | Forceps im ersten schrägen Durchmesser | — |
| 207. 06/07. Pol. 88 | 26 | I. p. | E. B. | — | II. Schl. | vorzeitig | — | — | — | K., blau asphyktisch, Kopfgeschwulst | Forceps im gerad. Durchmesser, Scheidendammnaht | Scheidendammriss |
| 208. 07/08. Pol. 45 | 20 | I. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | 50 | Asphyxie des Kindes | — | M., bleich asphyktisch, nach 1 Stunde wiederbelebt, Kopfgeschwulst | Forceps, Credé | — |
| 209. 07/08. Pol. 138 | 27 | I. p. | E. B. | — | I. Schl. | künstlich | — | Drohende Asphyxie des | — | M., asphyktisch | Forceps | Nabelschnur um den Hals des |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pol. 822 | | | | gemein verengtes Becken | Kopf im Beckeneingang | | | Asphyxie | | Kopfgeschwulst | ausgangslage, Dammnaht | |

**Wendung.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 211. 05/06. Pol. 681 | 28 | I. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | 8 | Nabelschnurvorfall | — | M. † | Wendung, Extraktion, Armlösung, Winkel-Wiegand-Martin, Scheidendammnaht | Dammriss |
| 212. 06/07. Pol. 4 | 30 | I. p. | E. B. | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | 8 | Nabelschnurvorfall | — | K., L. 56. K. U. 37,5, G. 3500, asphyktisch | Wendung, Naht | Dammriss II° |

**Perforation.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 213. 05/06. Kl. 646 | 20 | I. p. | 20 22 16,5 | — | II. Schl. | — | 48 | — | normal | M. †, 2880, L. 51 | Perforation ausserhalb der Klinik. Wegen Unmöglichkeit des Anlegens von Kranioklasten in die Klinik geschickt. Nochmalige Perforation. Ausspülung des Gehirns, Kranioklasie, Extraktion, Credé | Physometra |

**Perforation des lebenden Kindes.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 214. 05/06. Pol. 486 | 30 | I. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | 48 | Nabelschnurvorfall, Placenta praevia atonia uteri | — | M. † | Perforation des vorhergehenden Kopfes, Extraktion, Credé | — |

**Extraktion bei Beckenendlage.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 215. 03/04. Pol. 699 | 32 | I. p. | — | — | I. Steisslage | vorzeitig | — | Asphyxie des Kindes | o. B. | M., 3250, L. 51 | Extraktion mit Haken, Dammnaht | Scheidendammriss II° |
| 216. 07/98. Pol. 824 | 26 | I. p. | E. B. | — | I. Steisslage in Beckenmitte | — | 36 | — | normal, Dammnaht p. p. geheilt | M., Asphxyie I° bald wiederbelebt | Wegen vorzeitiger Atmung des Kindes Extraktion, Armlösung (schwer), Wiegand-Martin, Rektumnaht | Dammriss III°, Impression des rechten Scheitelbeines |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **Hohe Zange.** | | | | | | | |
| 217. 07/08. Pol. 584 | 19 | I. p. | — | Pelvis angusta rhachitica plana | II. Schl. | — | 50 | Asphyxie des Kindes | — | K., Kopfgeschwulst, stark asphyktisch, nach 1½ Std. wiederbelebt | Hohe Zange | — |
| | | | | | **Sectio caesarea.** | | | | | | | |
| 218. 04/05. Gyn. 454 | 22 | I. p. Rhachitis | 25 26 17 8,5 | — | II. Schl. | — | — | — | Sehr starkes Ödem der Vulva; Schmerz in beid. Adnexgegend., die erst. 11 Tage T. bis 39° | Schwer asphyktisch | Sectio caesarea | — |
| | | | | | **II. Mehrgebärende.** | | | | | | | |
| | | | | | **Spontangeburten.** | | | | | | | |
| 219. 03/04. Pol. 183 | 32 | II. p. | — | — | I. Vollkommene Fusslage | — | — | Verlangsamung der Herztöne | — | M. asphyktisch | Armlösung; Wiegand-Winkel-Martin | Das Kind wird bis zum Steiss spontan geboren |
| 220. 03/04. Pol. 400 | 43 | XIII. p. 1× spontan, 2× Perfor., 7× Wendg., 2× Abort | — | — | I. Schl. Vord. Scheitelbeineinstellung | – | — | | o. B. | M. | Hoffmeiersche Impression | — |
| 221. 03/04. Pol. 418 | 30 | IV. p. | — | allgemein verengtes plattes Becken | II. Schl. | — | — | T. bis 38,5° Bronchitis | — | K. | Morphin; 3 Muttermundinzisionen | Spontangeburt |
| 222. 03/04. Pol. 441 | 31 | II. p., erstes Kind 5 Pfd., aber spontan | — | allgemein gleichmäss. verengtes | I. Schl. | rzeit. | — | — | af. | K. 3400, L. 37 | Morphin; Walchersche | Spontangeburt |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pol. 517 | | | | Becken | | | | schwäche | | | | |
| 224. 03/04. Pol. 542 | 30 | IV. p. 1× Perforation | 24 29 19 | — | II. Schl. vord. Scheitelbeineinstellung | — | 20 | — | o. B. | M. | Impression, Credé | Spontangeburt |
| 225. 03/04. Pol. 571 | 27 | III. p. | — | mässig verengtes plattes Becken | I. Schl. hint. Scheitelbeineinstellung | vorzeit. | 16 | Nabelschnurvorfall, affectio cordis et pulmonum | o. B. | K. asphyktisch wiederbelebt | Reposition der Nabelschnur in Knieellenbogenlage | — |
| 226. 03/04. Pol. 825 | 39 | II. p. | 23 25 18 | — | I. Schl. | vorzeit. | — | tetania uteri; Myoma uteri subserosa | o. B. | M. Druckmarke am l. Scheitelbein | Walchersche Hängelage, Scheidendammnaht | Scheidendammriss, Spontangeburt |
| 227. 04/05. Pol. 164 | 34 | IX. p., I. p. lebend. Kind, 1× künstl. Frühgeburt, 6× Wendung resp. Perforat. | Pelvis angusta | — | — | — | — | — | — | M. | — | Bei Ankunft der Poliklinik ist d. Geburt bereits spontan beendet |
| 228. 04/05. Pol. 219 | 27 | III. p. | — | allgemein verengtes Becken | II. Schl. | — | — | — | o. B. | K. | Leitung der Spontangeburt | — |
| 229. 04 05. Pol. 253 | 34 | IV. p., I. und II. p. Zange, III. p. spontan | — | etwas platt verengtes Becken | I. Schl. | — | 59 | — | o. B. | M. L. 52, G. 4000, K U. 37,5 | Walchersche Hängelage. Leitung der Spontangeburt | — |
| 230. 04/05. Pol. 339 | 36 | VIII. p. + 1 Abort | — | mässig verengtes Becken | II. Schl. | — | — | — | o. B. | K. | Dammschutz | Spontangeburt |
| 231. 05/06. Pol. 93 | 35 | IX. p., 2× Perforat., mehrere Wendungen | E. B. | — | I. Schl. | — | — | — | — | K. | — | Spontangeburt |
| 232. 05/06 Pol. 212 | 29 | III. p. | — | mässig verengtes Becken | I. Schl. | — | — | — | — | K. | Einstellung des Kopfes, Exspectatio | Spontangeburt |
| 233. 05/06. Pol. 508 | 38 | V. p. 1× spontan, 2× Perfor., 1× Wendg. | Pelvis angusta | — | I. Schl. | — | — | — | — | K. | Credé | Kind wird während d. Desinfektion der Hände spontan geboren |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 234. 05/06. Pol. 629 | 38 | XI. p. | etwas verengtes Becken | — | II. Schl. | — | — | — | — | K. | — | Spontangeburt |
| 235. 05/06. Pol. 642 | 30 | III. p. mit 4 Jahr. laufen gelernt, 1× Forceps, 1× normal | E. B. | — | I. Schl. | vorzeit. | 60 | — | — | M. Kopfgeschwulst, Facialislähmung linksseitig | Morphium; Wendungsversuch; Lagerung auf die linke Seite, Manuelle Placentalösung; Alkoholausspülung | Dammriss 1°, Spontangeburt |
| 236. 06/07. Pol. 341 | 33 | IV. p. Die ersten zwei Geburten normal; 3. Geburt durch Zange beendet | E. B. | — | I. Schl. | künstl. | 13 | — | — | K. | Sprengung der Blase, Einstellen des Kopfes und Impression | Spontangeburt |
| 237. 04/05 Kl. 532 | 34 | II. p. I. p. Nabelschnurvorfall; Wendung | 21 27 | — | I. Schl. | — | 16 | — | normal | M. 3150, L. 51, K.U. 35, Sch.U. 38 | Walchersche Hängelage | Spontangeburt |
| 238. 05/06. Kl. 172 | 30 | III. p. Vater an Tbc. † | E. B. | — | I. Schl. | — | — | — | normal | K. 3222, L. 51, K.U. 36, Sch.U. 35, Gr.D. 12, Gr.Schr. 14, Kl.Schr. 10, Gr.qu.9, Kl.qu.8 | — | Spontangeburt |
| 239 06/07. Pol. 421 | 26 | II. p., I. p. Perforat. des nachfolg. Kopfes | E. B. | — | II. Schl. | künstl. | — | — | — | K. | — | Hydramnios, Spontangeburt |
| 240. 07/08. Kl. 563 | 34 | IV. p. mit 2 Jahren laufen gelernt, I. p. Frühgeb., II. p. Sectio | 21 26 16,5 | — | I. Schl. | — | 19 | — | o. B. | K. 2400, † | — | Macerierter Fötus, Spontane Ausstossung |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Temperatur-steigerung., riechende Lochien | Gr. D. 12, Gr. Schr. 13, Gr. qu. 9 | | |

**Zange.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 242. 03/04. Pol. 130 | 30 | III. p. 1× Perforat. | — | — | I. Schl. | — | 26 | Verlangsamung der Herztöne (100) | — | K. | Zange | Frenulumriss |
| 243. 03/04. Pol. 425 | 33 | II. p. | — | quer verengtes Becken | — | — | — | Schwache Herztöne | gut | M. | Zange | — |
| 244. 03/04 Pol. 429 | 25 | III. p. | E. B. | — | II. Schl. | — | — | Drohende Asphyxie des Kindes, Mekoniumabgang | af. | K. Kopfgeschwulst | Forceps, Expressio placentae | Atonische Nachblutung |
| 245. 03/04. Pol. 548 | 32 | VII. p. | — | — | II. Vorderhauptslage | — | — | Asphyxie des Kindes, T. 37,7° | o. B. | K. 2500 | Forceps aus Beckenmitte | — |
| 246. 03/04. Pol. 788 | 29 | II. p. I. p. spontan | — | — | I. Schl. | — | 24 | Asphyxie des Kindes | o. B. | M. Impression des linken Pronto-parietalbeines | Forceps | Dammriss |
| 247. 04/05. Pol. 91 | 28 | II. p. | 25 26,5 19 | — | I. Schl. | — | 36 | Asphyxie des Kindes | o. B. | K. Kopfgeschwulst, G. 4000, K. U. 41, Sch. U. 42 | Walchersche Hängelage, Forceps aus Beckenweite, Credé | — |
| 248. 05/06. Pol. 562 | 36 | II. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | — | Schlechte Herztöne, Kontraktionsring | — | K. | Forceps | — |
| 249. 05/06. Pol. 622 | 32 | VIII. p. 1× Zange, 2× Wendg. | enges Becken | — | I. Schl. | — | 22 | — | — | K. | Forceps aus Beckenausgang | — |
| 250. 05/06. | 32 | VI. p. | E. B. | — | II. Schl. vord. Scheitelbeineinstellung | — | – | — | — | K. | Forceps aus Beckeneingang | — |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 251. 05/06. Pol. 660 | 36 | XI. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | -- | Drohende Asphyxie des Kindes | — | K. 4500 | Forceps aus Beckeneingang | — |
| 252. 06/07. Pol. 1 | 31 | II. p. I. p. v. 4 Jahren, Forceps, Episiotomie | E. B. | — | I. Schl. | — | 24 | Drohende Asphyxie des Kindes | — | K. | Forceps | — |
| 253. 06 07. Pol. 148 | 26 | VII. p. 5× normale Geburten, Rhachitis | E. B. | — | I. Schl. Vordere Scheitelbeineinstellung | — | 12 | Asphyxie des Kindes | — | K. | Forceps im II. schr. Durchmesser | Atonia uteri |
| 254. 06/07. Pol. 776 | 32 | VI. p. I. u. II. p. spont., III. p. Zange, IV. p. Querlage, V. p. Zange | E. B. | — | I. Schl. | — | 21 | Herztöne schwankend, zwischen 70—40 | — | K., Kopfgeschwulst | Forceps. Credé | — |
| 255. 06/07. Pol. 800 | 29 | II. p. I. p. Schl. mit Nabelschnurvorfall; Wendung, Extraktion, Kind † | — | Promontorium sehr leicht erreichbar | II. Schl. | künstlich | | Asphyxie des Kindes | — | K., Kopfgeschwulst, asphyktisch, nach ¾ Std. wiederbelebt | Forceps bei fast eröffnetem Muttermund | — |
| 256. 07/08. Pol. 889 | 37 | IX. p. Darunter 4 Aborte, 1 Kind † geboren | E. B. | — | II. Schl. | — | 32 | Hängebauch, Gefährdung der mütterlichen Weichteile und des kindl. Lebens, Mekoniumabgang | | K. | Forceps im I. schr. Durchmesser | — |
| **Wendung.** | | | | | | | | | | | | |
| 257. 03/04 | 30 | VI. p. | — | — | I. | — | — | — | o. B. | M., | Wendung auf den [illegible] | — |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 259. 03/04. Pol. 593 | 25 | III. p. Partus mens. IX. I. p. Totgeburt, II. p. Frühgeb | 24 17 | 26 | — | II. dorso-ant. Querlage m. Armvorfall | vorzeitig | 44 | Nabelschnurvorfall | o. B. | M., L. 45, K.U. 32 | Wendung, Extraktion, Armlösung, Impression, Veit-Smellie | — |
| 260. 03/04. Pol. 830 | 28 | V. p. Mit 4 Jahren laufen gelernt | — | — | I. dorso-ant. Querlage | vorzeitig | — | Vorfall des rechten Armes u. eingekeilte Schulter | — | K. | Wendung in der Narkose, Extraktion, Armlösung, Impression, Veit-Smellie | — | |
| 261. 03/04. Pol. 804 | — | III. p. 2× Wendung | — | — | I. Schl. | — | — | Kontraktionsring in d. Nabelhöhe | o. B. | M., L. 45, K.U. 37, G. 4000 | Impressionsversuch in der Narkose, Wendung, Extraktion, Veit-Smellie | Dammriss | |
| 262. 04/05. Pol. 6 | 34 | III. p. | — | — | I. Schl. Vordere Scheitelbeineinstellung | — | — | Nabelschnurvorfall | o. B. | K. | Reposition der Nabelschnur in Narkose, Einstellung d. Kopfes über das Becken, Walchersche Hängelage, Hysteeuryse, Wendung, Extraktion, Veit-Smellie | — | |
| 263. 04/05. Pol. 182 | 37 | X. p. | — | — | II. dorso-ant. Querlage | — | 22 | — | o. B. | K. †, nach 1½ Std. löffelförmige Impression des linken Scheitelbeines | Wendung, Extraktion, Wiegand-Winkel-Martin | — | |
| 264. 04/05. Pol. 313 | 29 | V. p. | — | allgemein verengtes Becken | I. Schl. | künstlich | — | — | o. B. | M. | Walchersche Hängelage, Wendung, Extraktion, Wiegand-Winkel-Martin | — | |
| 265. 04/05. Pol. 450 | 32 | IV. p. I. p. Wendung, 1× Perforation | — | mässig verengtes Becken | II. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall Asphyxie des Kindes, Mekoniumabgang | o. B. T. b. 37,2° | M 4000, K. U. 37,5, Sch. U. 38 | Wendung, Extraktion, Wiegand-Martin-Winkel, Dammnaht | Dammriss II° | |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 266. 04/05. Pol. 548 | 34 | III. p. | — | — | II. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | — | — | — | K. | Wendung auf die Füsse, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 267. 05/06 Pol. 161 | 28 | IV. p. | Pelvis angusta | — | I. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall, Asphyxie des Kindes | — | K., asphyktisch, nach 3/4 Std. wiederbelebt | Wendung, Extraktion, Dammnaht, Veit-Smellie, Wiegand-Winkel-Martin | Fractura numeri dextr., Dammriss |
| 268. 05/06 Pol. 285 | 32 | III. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | 72 | — | — | M. | Wendung, Extraktion | — |
| 269. 05/06. Pol. 509 | 36 | IX. p. 2 × spontan, 2 × Perforation | E. B. | — | I. Schl. | — | — | Drohende Asphyxie | — | K. | Wendung, Extraktion | — |
| 270. 05/06. Pol. 639 | 41 | IX. p. 2 × normale Geburten | E. B. | — | II. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall, drohende Asphyxie | — | K., asphyktisch, nach 3/4 Std. wiederbelebt, n. 2 1/2 Std. † | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | Obduktionsbefund des Kindes ergibt freies Blut in der Bauchhöhle, zahlreiche Ecchymosen der serösen Häute. Blutungen in der Lunge |
| 271. 05/06. Pol. 674 | 30 | V. p. 4 × Zange | E. B. | — | I. dorso-ant. Querlage | künstlich | — | — | — | K. † | Wendung, Veit-Smellie | — |
| 272. 06/07. Pol. 339 | 24 | II. p. I. p. sehr langdauernd | E. B. | — | I. Schl. | — | 31 | Verlangsamung der Herztöne | — | M. | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie. Naht eines linksseitig Cervixrisses, Scheidenspülung | Linksseitiger Cervixriss |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | dauernd. Lues hereditaria | | | lage | | | | | | Wendung auf die Füsse, Extraktion | |
| 274. 06/07. Pol. 649 | 35 | II. p. 3× spontan, 5× Kunsthilfe | E. B. | — | I. Schl. Steigung z. hinteren Scheitelbeineinstellung | künstlich | — | — | — | K. | Wendung, Extraktion | — |
| 275. 07/08. Pol. 33 | 30 | V. p. 1× Forceps, 3× Wendung, 1 Kind lebt | E. B. | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | — | — | o. B. | K. | Wendung in Narkose, Extraktion, Armlösung, Wiegand-Winkel-Martin | — |
| 276. 07/08. Pol. 34 | 33 | VI. p. Nur 1 Kind lebt Sämtl. Unterendlagen und Wendungen | E. B. | — | I. Schl. Schieflage | — | 26 | — | o. B. | K., asphyktisch | Wendung in Narkose, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie, Credé | Atonia uteri |
| 277. 07/08. Pol. 109 | 28 | VII. p. I. p. Zange, II.–VII. p. Wendung | E. B. | — | II. Schl. | künstlich | — | — | — | M. | Wendung, Ertraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 278. 07/08. Pol. 118 | 32 | III. p. | E. B. | — | II. Schl. | — | 16 | Drohende Asphyxie des Kindes | — | M. | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 279. 07/08. Pol. 216 | 28 | VI. p. | E. B. | — | II. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | — | — | — | K., leicht asphyktisch | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 280. 07/08. Pol. 215 | 32 | VIII. p. 4× Perforat., 1× Wendung | E. B. | — | I. Schl. | — | — | Nabelschnur- und Armvorfall | — | K., leicht asphyktisch | Wendung auf den Fuss, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | Fraktur des linken Armes, Infraktion des linken Oberschenkels |
| 281. 07/08. Pol. 249 | 30 | VI. p. | E. B. | — | II. Schl. | — | 65 | Drohende Asphyxie des Kindes | — | M., Kopfgeschwulst | Wendung auf beide Füsse, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |

| Lfde. No. Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer St | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 282. 07/08. Pol. 284 | 36 | III. p. I. p. Wendung. II. p. Totgeburt | E. B. | — | I. Schl. | künstlich | — | — | — | M. | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie, Credé misslingt, daher Credé in Narkose | Atonia gravissima. Das Blut schiesst in fingerdickem Strahle. Massage. 3 Spritz. Cornutin. 2 Pillen Cornutin. Heisse Alkoholspülung. Kein Cervixriss |
| 283. 07/08. Pol. 377 | 33 | IV. p. 1 × Forceps, 2 × Perforation | E. B. | — | II. Schl. | — | 14 | Drohende Asphyxie | — | M., asphyktisch | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 284. 07/08. Pol. 386 | 30 | V. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | 25 | Drohende Asphyxie | — | M., leicht asphyktisch | Wendung, Extraktion, Veit-Smellie | Mässige Atonie des Uterus |
| 285. 07/08. Pol. 415 | 30 | VI. p. | E. B. | — | II. Schl. | — | 48 | — | — | K. | Wendung, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie, Credé, Cornutin, Massage | Atonia uteri |
| 286. 07/08. Pol. 492 | 28 | VI. p. 1 × Perforation, 4 × spontan | E. B. | stark vorspringendes Promontorium | II. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall | — | K. † | Wendung, Extraktion, Armlösung, Winkel-Wiegand-Martin, Veit-Smellie, Cornutin, Eisblase. 2 Spritz. Kampfer | Collaps der Frau bei Chloroformnarkose |
| 287. 07/08. Pol. 506 | 39 | X. p. | E. B. | nach rechts vorspring. Promontorium | I. Schl. | künstlich | — | Nabelschnurvorfall | — | M. | Wendung in Narkose, Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | — |
| 288. 07/08. Pol. 528 | 26 | III. p. II. p. Querlage, Wendung | E. B. | — | I. Schl. | | — | Vorfall des linken Armes. Drohende Asphyxie | | M. | Repositionsversuch, Wendung in Narkose, Extraktion, Armlösung. Winkel-Wiegand- | Habitus rhachiticus |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Querlage | | | der Placenta. Nabelschnurvorfall | | | Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie | |
| 290. 07/08. Pol. 641 | 23 | II. p. | — | Pelvis angusta plana, rhachitica | II. Gesichtslage | — | 7 | Vorfall des rechten Armes u. Nabelschnur. Asphyxie des Kindes | — | K. | Repositionsversuch, Wendung, Armlösung, Wiegand-Martin-Winkel. Veit-Smellie | — |
| 291. 07/08. Pol. 647 | 21 | II. p. | E. B. | — | I. dorsoant. Querlage | — | — | Nabelschnur- u. Armvorfall. Asphyxie des Kindes | — | K. †, asphyktisch geboren, nach 1 Stunde † | Wendung, Extraktion. Wiegand-Martin-Winkel u. Veit-Smellie in Walcherscher Hängelage | Atonia uteri |
| 292. 07/08. Pol. 657 | 35 | X. p., darunter ein Abort | E. B. | — | II. Hint. Scheitelbeineinstellung | — | 48 | Asphyxie des Kindes | | K. † | Wendung, Extraktion, Credé | Kind schwer asphyktisch, kann nicht zum Atmen gebracht werden |
| 293. 07/08. Pol. 713 | 31 | II. p. I. p. Perforation des toten Kindes am vorangehenden Kopfe. Puerperalfieber. 3/4 Jahre in der Klinik gelegen | — | allgemein verengtes plattes Becken. Promontorium stark vorspring., beide Subera ischii sehr aneinander genähert | II. Schl. | vorzeitig | — | Asphyxie des Kindes. Mekoniumhaltiges Fruchtwasser | nach 6 Tagen ist die Wöchnerin wegen Fieber in die Klinik transportiert | K. †, bleich asphyktisch geboren, kann trotz aller Belebungsversuche nicht zum Leben gebracht werden | Wendung in Narkose. Extraktion, Armlösung. Winkel-Wiegand-Martin. Veit-Smellie. Dammnaht | Dammriss II°. Hysterische Anfälle. Ruf wegen Eklampsieverdacht. Uterus bicornis oder Adnextumor |
| **Perforation.** | | | | | | | | | | | | |
| 294. 03/04. Pol. 403 | 38 | IV. p. I. und II. p. normal, III. p. langdauernd | — | — | I. Schl. II. Scheitelbeineinstellung | — | — | Kontraktionsring | gut | †, Kopfgeschwulst | Zangenversuch. Perforation, Extraktion | — |
| 295. 03/04. Pol. 538 | 33 | X. p. 3 Aborte | — | — | II. Schl. | — | — | — | o. B. | † Übertragen, 4680 ohne Gehirn, L. 51, K. U. 39 | Wendung auf den vorderen Fuss. Extraktion, Armlösung. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Dammnaht | — |

| Lfde. No. Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 296. 04/05. Pol. 72 | 24 | III. p. | c. ext. 17 | — | II. Schl. | — | — | — | o. B. | K. †, maceriert | Perforation, Kranioklasie, Extraktion | — |
| 297. 04/05. Pol. 82 | 26 | IV. p. 2× Perforat. | sp. i. 21 cr. i. 23 c. ext. 16,5 | — | II. Schl. | — | — | Tetania uteri | o. B. | K. † | Wendung, Extraktion. Perforation des nachfolgenden Kopfes | Scheidendammriss II° |
| 298. 03/04. Pol. 823 | 37 | XI. p. | 24 26 17 | — | II. dorso-ant. Querlage | — | — | — | o. B. | K. †, K. U. 33 (sine cerebro) | Wendung in Narkose. Extraktion. Schwere Armlösg. Impressionsversuche. Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |
| 299. 04/05. Pol. 239 | 28 | III. p. | Pelvis angusta | — | I. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall | o. B. | K. † (Übertragen) G. 4500 (sine cerebro) | Perforation des vorangehenden Kopfes. Kranioklasieversus, dabei Cervixriss, deshalb Wendung. Extraktion. Credé. Cervixnaht | — |
| 300. 04/05. Pol. 271 | 24 | II. p. | Pelvis angusta | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | künstlich | 54 | Kontraktionsring handbreit über der Symphyse. Temp. 38,2° | normal | K. †, G. 3500 (sine cerebro) L. 53 | Wendungsversuch. Perforation. Credé | — |
| 301. 05/06. Pol. 271 | 26 | V. p. 4 schwere P. Kinder alle † | Pelvis angusta | — | II. dorso-ant. Querlage | künstlich | — | Armvorfall | — | K. † | Wendung, Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |
| 302. 05/06. Pol. 576 | 24 | VII. p. Mit 2 Jahren laufen gelernt. Lange Dauer d. früh. Geburten | E. B. | — | I. Schl. Hintere Scheitelbeineinstellung | — | 50 | — | — | K. †, 4100 (sine cerebro) K. U. 39, L. 56 | Wendung, Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | blutung, Curettement | | Perforation des nachfolgenden Kopfes | |
| 304. 05/06. Pol. 739 | 39 | XI. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | — | Hängebauch. Drohende Asphyxie | — | K. † Übertragen | Wendung, Extraktion, Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |
| 305. 06/07. Pol. 278 | 31 | III. p. | E. B. | — | II. Schl. | — | — | Nabelschnurvorfall, infaust | — | K. †, G. 2800 (sine cerebro) | Perforation, Kranioklasie | — |
| 306. 06/07. Pol. 296 | 33 | IV. p. Rhachitis. I. p. langdauernd, spont. II. p. Querlage. K. † vor 10 J. Scheid.-Dammriss, daran Scheidenmastdarmfistel. III. p. K. † | E. B. | — | II. dorsoant. Querlage | — | — | — | — | K. † | Wendung auf den oberen Fuss. Extraktion, Armlösung, Perforation, Impression, Veit-Smellie | — |
| 307. 06/07. Pol. 454 | 28 | III. p. I. p. sehr langdauernd, spont Kind †. II. p. Steisslage. Perforation. Zeichen von Rhachitis | E. B. | — | I. Schl. | — | 28 | Mekoniumabgang. Dauerkontraktionen. Kontraktionsring handbreit unter dem Nabel | — | K. †, G. 3500 (sine cerebro) | Wendung auf d. Fuss. Extraktion, Armlösung, Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |
| 308. 06/07. Pol. 873 | 34 | III. p. | E. B. | — | II. dorsoant. Querlage | — | — | — | fieberfrei | K. †, G. 4000 (sine cerebro) | Wendung, Extraktion, Armlösung. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Manuelle Placentalösung. Alkoholspülung | — |
| 309. 04/95. Pol. 95 | 40 | V. p. Die ersten 4 Partus spontan | E. B. | — | II. Schl. | — | 50 | — | — | M. † | Hohe Zange, vergebl. Wendung, Extraktion, Armlösung, Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |

| Lfde. No., Jahrgang, Journal | Alter | Anamnese | Beckenmasse | Beckenform | Kindeslage | Blasensprung | Geburtsdauer Std. | Komplikationen | Wochenbett | Kind | Art der Hilfeleistung | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 310. 07/08 Pol. 301 | 43 | III. p. | E. B. | — | I. Schl. | — | — | Asphyxie des Kindes | — | K. † | Wendung; Extraktion, Armlösung; Veit-Smellie, Perforation d. nachfolgend. Kopfes des abgestorben. Fötus | — |
| 311. 07/08. Pol. 587 | 41 | II. p. I. p. vor 16 Jahren angeblich 4 Tage spontan, K. lebt | — | stark vorspringendes Promontorium | I. dorso-post. Querlage | — | 39 | — | — | K. †, 4500 L. 60 | Wendung; Extraktion, Perforation des nachfolgenden Kopfes | — |
| 312. 07/08 Pol. 650 | 26 | III. p. I. p. Perfor., II. p. Wendg. | — | plattes Becken | I. Schl. | vorzeit. | — | T. 38,2°, Asphyxie des Kindes | — | K. †, Kopfgeschwulst | Wendungsversuch, Perforation des † Kindes, Credé | — |
| 313. 03/04. Pol. 625 | 37 | X. p. | — | mässig verengtes Becken | II. Schl. vord. Scheitelbeineinstellung | vorzeit. | — | Nabelschnurvorfall, Kontraktionsring, Vitium cordis | o. B. | K. † | Nabelschnurreposition in Kniee-Ellenbogenlage, Perforat. des lebend. Kindes; Extraktion; Credé | — |
| 314. 04/05. Pol. 443 | 36 | XII. p. 7× spontan, 1× Zange, 1× Frühgeb., 1× Perforat. | — | — | I. Schl. vord. Scheitelbeineinstellung | — | — | Kontraktionsring zwischen Nabel und Symphyse | o. B. | M. † | Hoffmeierscher Impressionsversuch; Hoherzangenversuch, Perforation des noch lebenden Kindes; Kranioklasie | — |
| 315. 07/08 Pol. 717 | 38 | III. p. I. p. Frühgeb., II. p. Stirnlage, Perfor. | — | sehr enges Becken | I. Schl. Kopf beweglich über dem Beckeneingang | — | — | Übertragenes Kind, Nabelschnurvorfall, Mekoniumabgang, Asphyxie des Kindes | — | M. †, 4250 L. 59 | Wendung; Extrakt. Perfor. des nachfolgenden Kopfes; Dauerkatheter | Blutiger Urin |

**Extraktion bei Beckenendlage.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 316. 04/05. Pol. 453 | 36 | VII. p. + 1 Abort | mässig verengtes | — | II. vollkommene | — | — | Asphyxie des Kindes | — | M. | Extraktion mit Haken | Fractura femoris sinistrae im oberen |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kl. 514 | | 2 schwere Entbindungen | | | Querlage mit Nabelschnurvorfall | | | | | | blass asphyktisch geboren | schnur in Knieellenbogenlage, nach 2 Std. Reposition in Narkose, Armlösung, Veit-Smellie | |

**Künstliche Frühgeburt.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 318. 07/08. Pol. 635 | 39 | VIII. p. 2× ärztliche Hilfe | — | — | I. dorso-ant. Querlage | vorzeit. | — | tiefer Sitz der Placenta T. 37,5° | — | K. leicht asphyktisch | Hystereuryse; Wendung, Extraktion; Wiegand-Winkel-Martin; Veit-Smellie | — |

**Sectio caesarea.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 319. 07/08. Gyn. 157 Kl. 110 | 30 | V. p. Rhachitis, 1× Abort, 2× Zange, 1× Kaiserschnitt | — | das Promontorium springt sehr weit nach vorn | II. dorso-ant. Schräglage | — | — | — | erste 2 Wochen Fieber; Entlassung nach 3 Wochen | K. 1550, L. 42, K. U. 29, Sch. U. 24, Gr. D. 9½, Gr. Schr. 10½, Gr. qu. 8, asphyktisch wiederbelebt, Exitus | Sectio caesarea, Sterilisation | Das Kind zeigt typische Deflexionsstellg., das Hinterhaupt ganz flach gedrückt |

**Hohe Zange.**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 320. 07/08. Pol. 727 | 24 | V. p. Letzter Partus durch Forceps, vorletzter P. Frühgeburt | — | pelvis plana | II. Schl. | — | 20 | Nabelschnurvorfall, Asphyxie des Kindes | — | K. †, asphyktisch geboren, nach ¼ Std. † | Wendungsversuch, Hohe atypische Zange, Credé | — |
| 321. 07/08 Pol. 822 | 34 | VI. p. I. und II. p spontan, III. p. Zwillinge | — | allgemein verengtes Becken | I. Schl. | — | — | Asphyxie des Kindes, Kopfgeschwulst; Prolapsus vaginae anterior et porterior | — | K. am linken Stirnbein rinnenförmige Impression | Hohe Zange zuerst im queren Durchmesser, dann im II. schrägen Durchmesser | Eintritt des Kopfes unter leichtem Zug |
| 322. 07/08. Pol. 912 | 24 | III. p. 2× spontan | E. B. | stark vorspringendes Promontorium | I. vord. Scheitelbeineinstellung | — | 51 | Asphyxie des Kindes | — | K. Zweimarkstückgrosse, tiefe Impression des link. Scheitelbeines; sehr grosses Kind | Hohe Zange | leicht ausgeführt |

Nach der Beschreibung dieser schematischen Tabelle werde ich mich bemühen, etwaige Schlüsse daraus zu bekommen.

### Vera 9,5—8,5 (71).

### I. Erstgebärende (23).

Von den 23 Erstgebärenden kamen 15 spontan mit lebendem Kinde nieder.

Operative Entbindungen (8).

Zange: mit Zange wurden 5 entbunden; davon wegen Gefahr von seiten des Kindes 2.

Perforation: 1mal.

Pubiotomie: 1mal.

Muttermundinzisionen: 1mal.

Eins der Kinder ist tot zur Welt gekommen.

Wochenbettsverlauf.

Bei den 15 spontan gebärenden Frauen verliefen die Wochenbette normal, von den operativ beendeten Geburten sind 5 Wochenbetten gestört gewesen, eine Wöchnerin ist krank gewesen.

Überblick: Von den 23 Erstgebärenden mit c.v. 9,5 bis 8,5 starb keine. Die Kinder sind, mit Ausnahme des Perforierten, alle lebensfähig geboren, 5 Wochenbetten sind gestört gewesen, eine Wöchnerin ist erkrankt.

### II. Mehrgebärende (48).

Von den 48 Mehrgebärenden kamen 22 spontan nieder; 26 wurden operativ entbunden. Von den spontan geborenen Kindern waren sämtliche lebensfähig.

17 Wochenbetten verliefen normal, eins gestört und eine Wöchnerin war an Mastitis erkrankt.

Operative Entbindungen (26).

Zange: 3mal. Ein Kind tot. Sektionsbefund: Intrakranielle Blutung; sämtliche Zangenoperationen sind aus Indikation von seiten des Kindes (Asphyxie) ausgeführt worden. 1mal wurde die Zange in Beckenmitte angelegt.

Wendung: 8mal wurde die Wendung und Extraktion gemacht, und zwar 3mal wegen Nabelschnurvorfalls; 2mal ist die Wendung wegen Asphyxie des Kindes ausgeführt worden. In 2 Fällen sind die Kinder nach wenigen Stunden gestorben; 1mal ist ein Arm frakturiert worden.

Perforation (7): 1mal wurde die Perforation ausgeführt wegen Uterusruptur beim Wendungsversuch, 1mal wegen drohender Ruptur des Uterus. Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3000 g.

Äusserliche Wendung (1): Kind asphyktisch geboren. Geburtsdauer betrug 32 Stunden.

Pubiotomie (3): Entlassung durchschnittlich nach 5 Wochen. Wochenbetten krank. In einem Fall bei der Entlassung keine Kallusbildung; Gang etwas hinkend. In den übrigen Fällen Gang völlig normal.

Sectio caesarea (3): In 2 Fällen Wochenbett krank. Entlassung in 3 Fällen nach 3 Wochen.

Extraktion bei Beckenendlage (1): Hystereuryse, Extraktion. Kind stirbt während der Geburt ab.

Resümee: Von den 48 Kreissenden starb keine. Von den Kindern starben 12: bei Zangenentbindung 2, perforiert wurden 7, bei Wendung 2, bei Extraktion bei Beckenendlage 1. Von den totgeborenen Kindern fallen 2 der Therapie zur Last (intra partum abgestorben). 5 Wöchnerinnen fieberten.

## Vera 8,4—7,5 (95).

### I. Erstgebärende (31).

Spontangeburten (10): Von 84 Frauen mit Verengerung des Beckens von c. v. = 8,4—7,5 sind 31 Erstgebärende gewesen, von denen spontan mit lebendem Kind 9 niedergekommen sind. Ein Kind starb nach 24 Stunden. Kompliziert war ein Fall durch Tetanie des Uterus.

Wochenbetten: 1mal status febrilis. Von den Müttern ist keine gestorben.

Operative Entbindungen (21).

Zange (6): Indikationen von seiten des Kindes 3mal; von seiten der Mutter auch 3mal.

Von den Kindern sind gleich 2 gestorben; 2 nach einigen Stunden; die Sektionsbefunde bei den beiden letzten haben punktförmige Blutungen in der medulla oblongata ergeben. Wochenbettsverlauf: 2mal gestört. Bei einer Wöchnerin-Eklampsie. (Fall 76.)

Perforation des toten Kindes (1): Wochenbett normal.

Perforation (4): 1mal wegen Dehnung des oberen Cervixsegmentes. Wochenbetten normal.

Wendung (1): Indikation von seiten des Kindes.

Pubiotomie (2): Komplikation bei Geburt: Asphyxie des Kindes. Ein Kind nach dem ersten Tage gestorben. Wochenbetten in beiden Fällen gestört. Entlassung im ersten Falle nach 8, im zweiten Falle nach 9 Wochen. Gang ungestört, ohne Beschwerden; mässige Kallusbildung.

Episiotomie (1): Indikation: Drohende Asphyxie.

Sectio caesarea (3): Alle Kinder lebend entlassen, ein Kind nach 10 Tagen gestorben.

Sectio caesarea extraperitonealis nach Sellheim (3): Wochenbetten krank. Eine Frau ist gestorben. (Fall 100).

Resümee: Von den 31 Kreissenden ist eine gestorben; 5 Kinder kamen tot zur Welt: bei Spontangeburt 1, bei Zange 3, ein Kind ist perforiert worden, nachdem es schon abgestorben war; 9 Wochenbetten sind gestört gewesen.

## II. Mehrgebärende (64).

Von den 64 Kreissenden kamen 15 spontan nieder; 46 wurden operativ entbunden.

Von den spontan geborenen Kindern ist eins tot geboren. Die Herztöne waren schon kurz vor der Geburt schlecht gewesen. Die Geburt dauerte 14 Stunden. (Fall 110.) (8 Stunden vor der Entbindung sind die Kindesbewegungen

deutlich gefühlt; Herztöne nicht mit Sicherheit gehört, doch scheinen sie in der Tiefe links etwas oberhalb des Nabels hörbar zu sein. Nach 7 Stunden Blasensprung; Fruchtwasser verfärbt. Herztöne nicht mit Sicherheit zu hören. Die innere Untersuchung ergibt hintere Scheitelbeineinstellung mit Tiefstand der Vorderhauptes. Trotz der ungünstigen Einstellung des Kopfes besteht noch die Möglichkeit einer Spontangeburt. Die Frau hat sehr starke und häufige Wehen. Es erfolgt nach 18stündigem Kreissen die Spontangeburt eines kleinen bereits abgestorbenen Kindes. Kopf klein, leicht konfiguriert.)

Ein Kind wurde nach der äusseren Wendung auf den Kopf entbunden. Ein Kind ist mit Verletzungen entbunden: Druckmarken und Kopfgeschwulst. (Fall 107.) Es fällt somit ein Kind der Therapie zur Last. 1mal wurde die Geburt durch Nabelschnurvorfall kompliziert.

Wochenbettverlauf: Von den Müttern ist keine gestorben; gestört ist ein Wochenbett gewesen durch einmalige Temperatursteigerung bis 38,3°.

### Operative Entbindungen (49).

Zange: Mit der Zange wurde die Geburt 2mal beendigt, und zwar beide Male wegen der Gefahr von seiten der Mutter (Kontraktionsring oberhalb des Nabels und lange Dauer der Geburt). Die Wochenbetten verliefen normal.

Hohe Zange (1): Fall No. 118.

Perforation (8): Die Perforation wurde 8mal, darunter 1mal am absterbenden Kinde ausgeführt. 4mal wurde die Wendung versucht, aber ohne Erfolg, und es ist zur Perforation am nachfolgenden Kopfe geschritten worden. 1mal ist der Extraktionsversuch bei Fusslage auch erfolglos gewesen. Alle Wochenbetten verliefen ungestört.

Wendung und Extraktion (13): Die Wendung ist 3mal wegen Querlage ausgeführt worden; 4mal wegen ungünstiger Einstellung des Kopfes und 1mal wegen Armvorfall. Indikation zur Wendung von seiten des Kindes bestand 3mal. 3 Wochenbetten verliefen gestört. Von

den Kindern kamen 5 tot bezw. asphyktisch zur Welt. Eins von den toten Kindern ist mit $7\frac{1}{2}$ Monaten geboren. (Fall 134.)

Künstliche Frühgeburt (9): Die künstliche Frühgeburt wurde 9mal eingeleitet. Von den Kindern sind 5 nach kurzer Zeit gestorben. In 2 Fällen sind die Wochenbetten gestört gewesen. 1mal ist die Geburt durch Perforation beendigt worden. (Fall 142.)

Extraktion bei Beckenendlage (4): Ein Kind ist durch Fraktur der rechten Klavikula und durch Impression des linken Scheitelbeins geschädigt worden.

Sectio caesarea (11): 11mal wurde die sectio caesarea vorgenommen. Die Kinder sind sämtlich lebensfähig geboren. Wochenbettsverlauf ist in 4 Fällen durch gelegentliche Temperatursteigerungen bis 38,8° gestört worden.

Hebosteotomie (1): Kind asphyktisch wiederbelebt. Wochenbett krank. (Fall 118).

Resümee: Von den 49 Kreissenden ist keine gestorben. Von den Kindern starben 18: bei Spontangeburt 1, bei Perforation 8, bei Wendung 4, bei künstlicher Frühgeburt 5. Von den totgeborenen Kindern fällt eins der Therapie zur Last. 12 Wochenbetten sind gestört gewesen.

## Vera 7,4—6,5 (24).

### I. Erstgebärende (7).

Wendung (1): 1mal ist die Wendung bei Schädellage mit Armvorfall ausgeführt worden. Kind tot.

Sectio caesarea (6): 6mal wurde die sectio caesarea ausgeführt. Alle Kinder sind lebensfähig zur Welt gekommen. 3 Wochenbetten durch geringe Temperatursteigerungen gestört.

Resümee: Es starben somit von den 7 Kindern 1 (blass asphyktisch geboren, nach 1 Stunde wiederbelebt, nach 5 Stunden gestorben). Von den Müttern ist keine gestorben. 3 Wochenbetten sind gestört gewesen.

### II. Mehrgebärende (17).

Wendung (3): 3mal ist die Wendung ausgeführt worden und zwar: 1mal bei Querlage und 2mal bei ungünstiger Einstellung des Kopfes. 2 Kinder sind gestorben. Wochenbettsverlauf normal.

Perforation (1): Die Perforation ist 1mal bei Cervixdehnung ausgeführt worden. Wochenbett normal.

Sectio caesarea (11): Alle Kinder lebend entbunden. Eine Frau ist 6 Stunden nach der Operation gestorben. Obduktionsbefund: Luftembolie des Herzens. (Fall 179.) 8 Wochenbetten sind gestört bezw. krank gewesen.

Extraktion bei Beckenendlage (2): 1mal nach der Extraktion mit Haken wurde am nachfolgendem Kopfe perforiert. Wochenbetten normal.

Resümee: Es starben somit 4 Kinder. Von den Müttern ist eine gestorben. 8 Wochenbetten gestört bezw. krank.

## Vera 6,4—5¾ (3).

### I. Erstgebärende (2).

Eine Erstgebärende ist mit Zange entbunden. Kind lebensfähig geboren. 1mal ist die sectio caesarea ausgeführt worden. Kind lebt. Wochenbett gestört.

### II. Mehrgebärende (1).

1mal ist die Wendung gemacht worden. Kind tot.

Resümee: Von den 3 Kindern ist eins gestorben. Wochenbettsverlauf 1mal gestört.

## Enge Becken ohne Angabe der c. v. oder c. d. (129).

### I. Erstgebärende (25).

Spontangeburten (4): Die spontan geborenen Kinder sind sämtlich lebensfähig gewesen. Wochenbettsverlauf gut.

Operative Entbindungen (21).

Zange (13): Mit Zange sind 13 Frauen entbunden worden. Alle Kinder lebensfähig geboren. Wochenbetts-

verlauf bei allen Frauen normal. Die Indikation von seiten der Mutter bestand 5mal, von seiten des Kindes 7mal.

Wendung (2): Die Wendung ist 2mal wegen Nabelschnurvorfall ausgeführt worden. Ein Kind ist tot geboren. Wochenbettsverlauf normal.

Perforation (2): Ist 2mal ausgeführt worden und zwar 1mal wegen Gefahr von seiten der Mutter (placenta praevia) bei lebendem Kinde. Wochenbetten gut.

Extraktion bei Beckenendlage (2): Sie wurde 2mal vorgenommen wegen Lebensgefahr des Kindes.

Hohe Zange (1): Die hohe Zange ist einmal angelegt worden wegen Gefahr von seiten des Kindes. Kind lebensfähig geboren.

Sectio caesarea (1): Kind lebt. Wochenbett gestört.

Resümee: Von den 3 totgeborenen Kindern bei 25 Entbindungen sind 2 perforiert worden und 1 bei Wendung wegen Nabelschnurvorfall gestorben. Von den Müttern ist keine gestorben. Ein Wochenbett nach sectio caesarea gestört.

### II. Mehrgebärende (104).

Spontangeburten (23): Von den 104 Mehrgebärenden kamen 23 spontan nieder. Sämtliche Mütter blieben am Leben. Ein Kind totgeboren (mazeriert, letzte Kindesbewegung vor 7 Tagen). Wochenbetten gut.

#### Operative Entbindungen (81).

Zange (15): Die Zange wurde 15mal angelegt und zwar 12mal wegen Gefahr von seiten des Kindes und 2mal wegen Gefahr von seiten der Mutter. Die Wochenbetten verliefen sämtlich normal. Alle Kinder lebensfähig entbunden.

Wendung (37): Die Wendung wurde 37mal ausgeführt. Wegen Querlage 6mal, wegen ungünstiger Einstellung des Kopfes 10mal. Die prophylaktische Wendung wegen placenta praevia wurde in einem Falle ausgeführt. 7 Kinder sind gestorben, davon 2 intra partum. Die Mütter sind sämtlich am Leben geblieben. Wochenbetten 2mal gestört.

Perforation (22): 22mal wurde perforiert. 5mal wegen Cervixdehnung, 2mal bei totem Kinde, 17mal nachdem andere Verfahren nicht gelungen waren (Zangen- und Wendungsversuche). Ein Wochenbett gestört.

Extraktion bei Beckenendlage (2): Dieselbe wurde 2mal ausgeführt. Ein Kind tot (Nabelschnurvorfall).

Künstliche Frühgeburt (1): Wegen placenta praevia wurde künstliche Frühgeburt eingeleitet und dieselbe mit Hystereuryse und Wendung ausgeführt. Kind lebt.

Sectio caesarea (1): Kind lebt. Wochenbett gestört.

Hohe Zange (3): Ein Kind ist gestorben. 2mal Verletzungen des kindlichen Schädels.

Resümee: 33 Kinder tot geboren, einschliesslich Perforation (22). Alle Mütter sind am Leben geblieben. Ein totgeborenes Kind fällt der Therapie zur Last (intra partum gestorben). Da die Geburten fast ausschliesslich in der Poliklinik ausgeführt sind, so ist die genaue Beobachtung der Wochenbetten unmöglich gewesen.

Nach der genauen Beschreibung dieser Fälle kann ich jetzt zu den eigentlichen Resultaten übergehen. Die Häufigkeit des engen Beckens stellt sich bei 322 Geburten dieses Zeitraumes auf 20%; eine Zahl, wie sie auch ähnlich von Franke für Dresden (24%), von Schwartz für Göttingen (22%), von Dorn für Königsberg (22%), von Joos für Zürich (20%) ermittelt worden ist.

Die Mehrgebärenden überwiegen in unserem Material beträchtlich, ebenso wie auch bei Baisch in Tübingen. Das Verhältnis stellt sich folgendermassen: 236 Pluriparae und 86 Erstgebärende, d. h. 73% : 27% (Baisch 72% : 28%).

## Spontangeburten.

Unter den 322 Geburten bei engem Becken verliefen spontan 27%. Es ergibt sich somit dieselbe Tatsache, welche schon Heinsius betont hat, nämlich dass die scheinbare geringe Prozentziffer der Spontangeburten in Breslau im Vergleich mit anderen Kliniken davon abhängt, von welchem

Grade ab wir die verengten Becken rechnen. In dieser Arbeit werden nämlich zu den verengten diejenigen gerechnet, bei denen eine c. v. von 9,5 cm vorlag, während bei den anderen Autoren schon die Becken mit einer c. v. von 10 dazu gezählt werden. Jedenfalls im Vergleich zu Heinsius stellt sich die Ziffer auffallend gering. 43% : 27%.

Diesen Unterschied kann man dadurch erklären, dass bei Heinsius nur diejenigen Geburten berücksichtigt wurden, die in der Klinik vorgekommen sind. Kretschmer und Kapischke, die zu den verengten auch diejenigen von c. v. = 10 ab gerechnet haben, haben 38,5% und 57,7% zu verzeichnen.

In ganz gesetzmäßiger Weise nimmt mit dem Grade der Beckenverengerung auch die Häufigkeit der Spontangeburten ab:

| Ich habe | dagegen Baisch |
|---|---|
| c. v. 9,5—8,5 in 50% | 9% |
| c. v. 8,4—7,5 „ 37,5% | 65% |
| c. v. 7,4—6,6 „ 0% | 18% |
| c. v. 6,5—5¾ „ 0% | 0% |

Von den Erstgebärenden und Mehrgebärenden kamen spontan nieder:

| Erstgebärende | Mehrgebärende |
|---|---|
| c. v. 9,5—8,5 = 68% | 42,8% |
| c. v. 8,4—7,5 = 58% | 28% |

Es ergibt sich somit die schon längst bekannte Tatsache, dass bei Frauen, die öfters geboren haben, die Geburtshindernisse sich steigern.

Was das Verhältnis zwischen dem Grade der Beckenverengerung zur Grösse des Kindes anbetrifft, so ist das grösste Kind bei c. v. 8,4—7,5 mit 5000 g Gewicht bei einer Erstgebärenden vorgekommen. Desgleichen 2 Kinder mit K. U. 39 bei einer Erstgebärenden und Mehrgebärenden. Durchschnittliche Grösse des Kopfumfanges bei c. v. 8,4—7,5, bei Erstgebärenden 35,4, bei Mehrgebärenden 32,3.

Im Vergleich zu den operativen Geburtsleitungen bei demselben Grade der Beckenverengerung: bei Erstgebärenden 35,7; bei Mehrgebärenden 35,4.

Was die Kindeslage anbetrifft, so sind bei sämtlichen Spontangeburten: 3 mal Querlagen bei Mehrgebärenden vorgekommen, bei denen die äussere Wendung auf den Kopf gemacht wurde (Fall 25, 62, 154); 6 mal ist die Spontangeburt bei ungünstiger Einstellung des Kopfes erfolgt und 2 mal bei Steisslage. Das Alter der Kreissenden bewegte sich zwischen 17 und 40 Jahren. Bei der jüngsten Kreissenden, einer Erstgebärenden, erfolgte die Geburt eines lebenden, 2890 g wiegenden Kindes nach 10 Stunden, bei c. v. = 9,5, nachdem sich der Kopf gut eingestellt hatte (Fall 8). Bei der ältesten Frau, einer 40jährigen IV gebärenden, dauerte die Geburt eines 3060 g wiegenden Kindes, bei derselben Beckenverengerung 12 Stunden.

Die Dauer der spontanen Geburten erwies sich durchschnittlich als 23,1 (Heinsius 23,3; Ludwig und Savor fanden 21,3; Litzmann 15,09; Knapp 21,8). Nach Winkel ist die Geburt im Mittel fast um die Hälfte länger als bei weiten Becken.

Über den Einfluss der Kindesgrösse und ein- und mehrmaligen Geburten auf die Dauer der Geburt mag die folgende Tabelle dienen.

| | Primiparae | Multiparae |
|---|---|---|
| Kinder von normaler Grösse . . | 27 Std. (Heinsius 20 Std.) | 16 Std. (Heinsius 25,5 Std.) |
| Sehr grosse und übertragene Kinder | | |
| Kleine und frühgeborene Kinder. . | 15,5 Std. | 19,3 Std. |

Eine wichtige Komplikation, die sich nicht nur bei engem Becken geltend macht und die einen wesentlichen Einfluss bei Spontangeburten gehabt hat, ist der vorzeitige Blasensprung. Er wurde 23 mal beobachtet. Dies ergibt 7,9% (Heinsius 13,6%; Knapp 22,2%; Franke 19,8%).

| | Primiparae | Multiparae |
|---|---|---|
| Spontangeburten . . . | 1:29 = 3,2% | 8: 59 = 14,2% |
| Operative Entbindungen | 6:57 = 10,5% | 8:177 = 4,5% |

Bei vorzeitigem Blasensprung verliefen also 9 mal die Geburten spontan und 14 mal operativ = 60,9%. Bei rechtzeitigem Blasensprung verliefen aber die Geburten bei Erstgebärenden in 96,8% spontan und bei Mehrgebärenden in 85,8%.

Zweitens zeigte sich auch bei dem vorzeitigen Blasensprung eine Beeinflussung der Mortalität der Kinder. Bei den 9 Spotangeburten starb kein Kind, bei den 14 operativ beendeten Geburten starben 4 = 28,5% (Heinsius 27,26%).

Was den Ausgang der Spontangeburten beim engen Becken betrifft, so wurden 89 Kinder spontan geboren, darunter 1 mal Zwillinge. Davon kamen 3 asphyktisch zur Welt, von denen 2 nach erfolglosen Belebungsversuchen gestorben sind. Zwei Kinder sind tot geboren. Dies ergibt eine Mortalität der Kinder von 3,4%; Heinsius 4,83%. In Wien Ludwig und Savor 7,3%; Braun und Herzfeld 1,8%; Knapp gibt von 41 Fällen 4.9% Mortalität der Kinder an; Toth (Budapest) 2,9%. Das grösste Kind, das spontan geboren wurde, wog 5000 gr, das kleinste 1700 g. Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 2765 g. Knapp fand als Durchschnittsgewicht der spontan geborenen Kinder bei engem Becken bei Primiparis 2753 g, bei Pluriparis 3218 g. Franke (Dresden) fand bei Primiparen 3057 g, bei Pluriparen 3250 g. Ich fand das Durchschnittsgewicht bei Primiparen 2834 g und Pluriparen 2705 g. Heinsius fand das Durchschnittsgewicht der Kinder 3074 g und das Durchschnittsgewicht der Kinder der Primiparen 3036 g, der Pluriparen 3136 g. Verletzungen des kindlichen Schädels und des Kindes überhaupt sind 15 mal beobachtet worden, also in 17,2% der Fälle (Heinsius 27,4%). Diese Verletzungen bestanden teilweise in Druckmarken oder in bläulichen oder nekrotischen Streifen, nach deren Verlauf sich deutlich das Vorbeipassieren des Kopfes am Promontorium oder an der Symphyse nachweisen liess. Ausserdem sind zu den „verletzten" Kindern auch diejenigen gerechnet, die mit Kopfgeschwülsten, asphyktisch oder paretisch zur Welt gekommen

sind. Im einzelnen stellen sich die Verletzungen des Kindes folgendermassen: Asphyxie 5 mal = 5,7 %, Facialislähmung 4 mal = 4,6 %, Druckmarken 3 mal = 3,4 %, Kopfgeschwülste 3 mal = 3,4 %.

Die Mortalität der Mütter betrug 0%.

Ausgesprochenes Fieber hatten 3 Wöchnerinnen. Eine einmalige vorübergehende Temperatursteigerung fand sich bei 4 Wöchnerinnen. Einmal Dammriss und 1 mal Clitorisriss. Einmal lässt sich als Ursache für die Temperatursteigerung Mastitis annehmen. Somit stellt sich die Prozentzahl der infolge der Geburt fiebernden Wöchnerinnen auf 11,2 %. 4 Fälle. (Heinsius 5 %, Ludwig und Savor 7,4 %, Knapp unter 41 Geburten 4,9 %, Toth (Budapest) 29,5 %.

Man braucht kaum zu erwähnen, dass im Vergleich zu den anderen Kliniken, die Endresultate bezüglich der Prognose für Mutter und Kind günstig gewesen sind. Ehe man aber die anderen Verfahren nicht besprochen hat, wäre es noch zu früh, etwaige Schlüsse daraus zu ziehen und über die prinzipiellen Arten der Geburtsleitung, d. h. über einen konservativen oder aggressiven Charakter derselben zu sprechen. Da ich solch eine Einteilung behalten will, um die Resultate für Mütter und Kinder anschaulich zu machen, so scheint es mir jetzt nötig, die Perforation zu beschreiben, bei der die Sorge für die Mutter im Vordergrunde steht.

## Perforation.

Ich bin jetzt genötigt, der Reihe nach die durch Perforation beendigten Geburten zu beschreiben. Es ist dabei zu unterscheiden, Perforation des lebenden und des toten Kindes. Vom ethischen Standpunkte aus ist die erstere mehrfachen Angriffen und vielseitiger Kritik ausgesetzt worden. Wollte man allein über diese Angriffe reden, so müsste man die Perforation des lebenden Kindes am Ende, d. h. nachdem man Erfahrungen in den anderen Entbindungsarten gesammelt hat, beschreiben, da ich aber andere Zwecke verfolge, so habe ich der Perforation die Stelle

gleich nach den Spontangeburten reserviert. Wenn ich einige sichere Schlüsse bekommen werde, so werde ich auch über den ethischen Standpunkt sprechen.

Um also wieder zu der eigentlichen Arbeit zurückzukehren, so ist die klare und einfache Indikationsstellung zur Ausführung der Kraniotomie am toten Kinde wohl für alle Schulen die gleiche und bedarf daher keiner besonderen Erörterung. Es möge nur erwähnt werden, dass mit Rücksicht auf die günstige Prognose des Eingriffes, bei vorher nicht infizierten oder verletztem Geburtskanal die Indikation bei sicher konstatiertem Tod des Kindes und engem Becken möglichst freigebig zu stellen wäre, um die Entbindung in der für die Mutter schonendsten und raschesten Art zu beendigen. Was die Indikation zur Perforation am lebenden Kinde betrifft, so müssen wir es zunächst dem freien Gutdünken des Einzelnen überlassen.

Die Perforation wurde 46 mal ausgeführt, also in 15,2 % aller Fälle bei engem Becken. Heinsius gibt an 8,6 %. Der Unterschied erklärt sich wieder durch Verschiedenartigkeit unseres Materials. In der Klinik ist die Operation bei 134 Fällen 11 mal gemacht worden, also in 8,2 %; es stellt sich somit dieselbe Ziffer, wie bei Heinsius. Knapp gibt eine Frequenz von 21,1 % an, Ludwig und Savor 13,3 %. Unter den Perforationen wurde 9 mal nach vorangegangener Wendung oder Wendungsversuch perforiert; nach vorangegangener Wendung oder Wendungsversuch bei ungünstiger Einstellung des Kopfes 5 mal: bei Querlage 7 mal; wegen abnormer Grösse des Kindes wurde 2 mal perforiert; nach versuchter künstlicher Frühgeburt 5 mal; bei Nabelschnurvorfall 10 mal; bei ungünstiger Einstellung des Kopfes 2 mal; bei Cervixdehnung 5 mal; nach vergeblichen Zangenversuchen 3 mal. Zweimal hat die Frau eine beckenerweiternde Operation abgewiesen.

Von den Müttern starb 1 (Fall 52) [c. v. $8^3/_4$—9 mit dem Zirkel gemessen. Allgemein verengtes Becken, IV. para; die 2 ersten Partus Perforation; III. para künstliche Frühgeburt: Blasensprung vorzeitig. I. Schl. mit linkem Arm-

vorfall. Die Frau weist die Sectio caesarea, sowie die beckenerweiternde Operation ab. Deswegen Wendungsversuch, dabei inkomplette Uterusruptur. 2 Stunden nach der Entbindung exitus letalis.] Mortalitätsprozent = 2,5%. (In Wien Bürger 6%.) 3 Mütter fieberten (= 6,7%). Von diesen kamen 2 von aussen in die Klinik, während bei der dritten die Operation in der Poliklinik gemacht wurde. Das ist im Vergleich zu den Spontangeburten fast um das Doppelte weniger.

Es bleiben mir jetzt nur, um ein vollkommen anschauliches Bild bezüglich der Prognose für Mutter und Kind zu gewinnen, die übrigen Operationsverfahren mit Ausnahme der Sectio caesarea und der beckenerweiternden Operationen zu beschreiben. Damit werde ich imstande sein, die dritte und vierte Frage zu beantworten, nämlich: Wie verschiebt sich die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind, wenn in das abwartende Verfahren, die Zange, Wendung und künstliche Frühgeburt eingeschaltet werden und sind dieselben imstande, die Perforation des Kindes zu ersetzen oder wenigstens einzuschränken?

## Zange.

Unter 322 Fällen musste 45 mal die Geburt durch Anlegung der Zange beendet werden = 14,9% (Heinsius 20,8%; Knapp 16,19%; Braun und Herzfeld 17,5%) und zwar 25 mal bei Erstgebärenden = 28,5% und 20 mal bei Mehrgebärenden = 9,4%.

Während wir im allgemeinen beim engen Becken gerade bei den Erstgebärenden mehr Spontangeburten zu verzeichnen haben als bei Mehrgebärenden, finden wir hier ein Überwiegen der Zangenoperationen bei den ersten. Der Umstand also, dass nämlich bei den Erstgebärenden die wenig dehnungsfähigen Weichteile in Verbindung mit der oft eintretenden Wehenschwäche den raschen Austritt des Kindes verhindern und damit eine Gefahr für das kindliche Leben hervorrufen können, findet hier auch eine Bestätigung.

Als Indikation zur Zange von seiten der Mutter sind in mehreren Fällen Dehnungserscheinungen der Cervix beobachtet worden, ferner Albuminurie und Herzfehler. Die Indikation zur Zange bestand von seiten der Mutter 19 mal = 26,6 %; von seiten des Kindes 23 mal = 74,4 %. Viermal wurde die Zange bei vorzeitigem Blasensprung angelegt; 2 mal ist die hohe Zange angelegt worden. In vielen Fällen wurde die Zangenoperation mit Hofmeyerscher Impression verbunden. 3 mal ist Dammriss geschehen, 1 mal Cervixriss bei Zange aus Beckenenge. 2 mal sind Muttermundinzisionen gemacht worden, dabei erfolgte 1 mal eine Impression des linken Parietalbeines. 2 mal im Beckeneingang (Kinder asphyktisch geboren), 2 mal in Beckenenge und 2 mal in der Beckenweite, dabei 1 mal bei vorzeitigem Blasensprung und 1 mal bei fast eröffnetem Muttermund (Kind asphyktisch geboren). Von den Müttern fieberten 5. Eine hat einen Tag nach der Entbindung Eklampsie bekommen. Dieselbe ist gesund nach Hause entlassen. Es ist also bei 13,9 % das Wochenbett gestört gewesen (Heinsius gibt an 13 % krank, Kapischke 29,41 %). Von den Müttern ist keine gestorben.

Von den Kindern sind 3 totgeboren und 2 einige Zeit nach der Geburt gestorben. Es starben also 10,7 % (Heinsius 14,2 %, Kapischke 11,77 %).

Die hohe Zange wurde 5 mal wegen Gefahr von seiten des Kindes angelegt. Ein Kind ist nach langer Zeit gestorben und 1 ist asphyktisch zur Welt gekommen, aber wiederbelebt worden. 1 mal erfolgte Dammriss II. Grades, 1 mal Wochenbettfieber.

Es stehen mir zu wenig Fälle zu Gebote, als dass ich mir über die hohe Zange ein Urteil bilden könnte, jedenfalls ist sie in allen Fällen mit Leichtigkeit ausgeführt worden und dabei sind die Kinder mit Ausnahme von einem gerettet worden. Ich muss deshalb Kapischke, der auch einige günstige Fälle zu verzeichnen hat, zustimmen, dass die Prognose der hohen Zange, hinsichtlich der Kindermortalität, sowie der mütterlichen Morbidität

und Mortalität, nicht so pessimistisch darzustellen ist, wie es viele Autoren behaupten. Küstner ist der Ansicht, dass nur die höhere Dexterität die hohe Zange auszuführen berechtigt ist. Knapp hebt hervor, dass er bei hoher Zange nur 17,7 % tote Kinder hatte und dass es ein verhältnismässig günstiges Resultat für die Kinder ist, wenn man die Gefährlichkeit dieser Operation in Betracht nimmt. Baisch findet bei einer grösseren Zusammenstellung aus verschiedenen Kliniken bei 285 Entbindungen mittels hohen Forceps 4,2 % mütterliche und 43,8 % kindliche Mortalität. Kretschmar fand die Mortalität der Kinder mit 33,3 %.

Folgende Zusammenstellung ergibt sich:

| | Mortalität | |
|---|---|---|
| Autor | mütterliche | kindliche |
| Toth | 10 | 20,50 |
| Clemens | 11 | 22 |
| Stuhl | 13 | 50 |
| Dimitrieff | — | 26 |
| Schieck | 11 | 56,1 |
| Wahl | — | 21 |
| Schmid | 15 | 38,4 |
| Nagel | 3 | 28,5 |
| Lissewitz | — | 32,43 |
| Bürger (Wien) | 1,3 | 38,5 |

Bürger ist der Ansicht, dass die hohe Zange nicht geeignet ist, ein grösseres Missverhältnis zwischen Kopf und Becken mit gutem Erfolg für Mutter und Kind zu überwinden. Sie muss demnach für Fälle leichterer Beckenverengerung reserviert bleiben, in welchem die Indikation zur Geburtsbeendigung von seiten der Mutter eintritt und wo eine andere Art der Entbindung nicht angezeigt erscheint. Man wird aber nicht stets auf dieser Entbindungsmethode verharren können, allein um das kindliche Leben zu retten, sondern man wird sich stets bewusst sein müssen, dass bei grösseren Schwierigkeiten an ihre Stelle die Kraniotomie des Kindes zu treten hat, um die Mutter vor grösseren Gefahren zu schützen.

## Wendung.

Die Wendung auf den Fuss wurde 66 mal ausgeführt = 21,4% (Heinsius 10,6%; Knapp gibt 16,19% an; Weidling 21%; Winkel 10%; Bürger 6,6%).

Sie fand 4mal bei Erstgebärenden und 62mal bei Mehrgebärenden statt. Das Verhältnis ist also wie 7,8 : 92,2. Es ist somit wieder die Tatsache bewiesen, dass die Mehrgebährenden den geburtshindernden Momenten mehr ausgesetzt sind. Bei der Zange hat sich das umgekehrte gezeigt und wir haben es durch die weitaus überwiegenden Gefahren von seiten des Kindes erklärt (67,4 : 2,9), hier aber haben wir einerseits mit Komplikationen zu tun, die bei Zangenentbindungen gar nicht in Betracht kommen. (Querlage; Vorfall der kleinen Teile u. a.) und andererseits mit der viel häufigeren Gefahr von seiten der Mütter. Während bei Zangenoperationen Gefahr von seiten der Mütter in 2,09% bestand, ist sie bei Wendungen in 33,8% der Fälle beobachtet worden. Bei vorzeitigem Blasensprung ist die Wendung 2mal gemacht worden = 3,2%. Beidesmal wurde der vorzeitige Blasensprung bei Mehrgebärenden beobachtet. Künstlich wurde die Blase in 11 Fällen gesprengt = 17,6%.

Bei den übertragenen Kindern wurde die Wendung 2mal gemacht = 3,2%.

Die Indikationen zur Wendung waren: Querlage, ungünstige Einstellung, Nabelschnurvorfall oder Vorfall kleiner Kindesteile. In 2 Fällen kann man als Indikation zur Wendung neben Nabelschnur und Vorfall kleiner Teile auch die placenta praevia mitrechnen.

Die Wendung wurde stets erst bei vollkommen oder nahezu vollkommen erweitertem Muttermund ausgeführt. Prophylaktisch wurde, entsprechend den Grundsätzen meines hochverehrten Lehrers, Herrn Geheimrat Küstner, nicht gewendet und die Geburt stets gleich mit Extraktion beendet.

Die Wendung bei Querlage wurde 12mal vorgenommen = 19,3%; bei ungünstiger Einstellung des Kopfes 20mal

= 32,2%; bei Nabelschnurvorfall 18mal = 29%; bei Vorfall der kleinen Teile 9mal = 14,5%. Gefahr von seiten des Kindes bestand 31mal = 50%; von seiten der Mütter in 33,8% der Fälle.

Die Kinder erlitten in 7 Fällen = 11,2% Verletzungen (Fraktur der Extremitäten, Impression des Schädels); asphyktisch sind 23 Kinder geboren = 37%. Die Mütter haben in 9 Fällen Verletzungen bekommen = 14,5%, dabei 2mal Dammriss III° und 3mal Dammris II°; einmal ist Cervixriss entstanden. Die durchschnittliche Geburtsdauer bei Wendung ist 31 Stunden gewesen; die kürzeste Geburtsdauer 7 Stunden und die längste 72 Stunden. Die Wendung wurde mehrmals nach vergeblichen Repositionsversuchen gemacht und mehrmals nach den Hoffmeierschen Impressionsversuchen. Bei der künstlichen Frühgeburt ist die Wendung 4mal gemacht worden; nach mehrstündiger Walcherscher Hängelage 3mal. 2mal wurde der Hystereurynter vor der Wendung eingelegt. 1mal ist die Wendung bei Partus praematurus gemacht worden. 11mal ist die Perforation am nachfolgenden Kopfe, da die Extraktion des Kindes nach der Wendung misslang, ausgeführt worden.

Von den Müttern starb keine, es fieberten 3 (nur dem klinischen Material entnommen) = 12,5%. Heinsius fand 28,5%; Ludwig Savor 16%; Rosenthal hatte unter 102 durch Wendung bei engem Becken Entbundenen 79,4% afebrile Wochenbetten. Von den Kindern starben 18 = 29%. Heinsius 28%; bei Braun-Herzfeld finden sich 59,6%; bei Rosenthal 63,7%; bei Ludwig und Savor 49,7% lebend entlassener Kinder. Dabei ist bei den letztgenannten Autoren die Kindesmortalität bei Erstgebärenden, infolge der durch die wenig vorbereiteten Weichteile entstehenden Schwierigkeiten, bedeutend höher (39,7%), während sie bei den Mehrgebärenden nur 25,6% beträgt. In meiner Statistik fällt die Kindesmortalität bei Erstgebärenden auf. 25% (2mal bei Erstgebärenden, bei

denen die Wendung gemacht wurde) und bei Mehrgebärenden auf 27,5% (16mal bei 58 Mehrgebärenden).

Die Resultate der Wendung in bezug auf die Kindermortalität sind verhältnismässig günstig im Vergleich zu den Zahlen aus anderen Kliniken zu nennen. Jedenfalls muss auch der Umstand in Betracht gezogen werden, dass in den anderen Kliniken auch die prophylaktische Wendung gemacht wurde. Um aber dieser das Wort zu reden, müssten die Resultate erheblich günstiger sein.

## Künstliche Frühgeburt.

Die künstliche Frühgeburt gehört schon zu den Operationsverfahren, die den relativen Kaiserschnitt, sowie die beckenerweiternde Operation zu ersetzen imstande ist. Sie findet in der Beschreibung ihren Platz vor den letzteren Operationen einmal deswegen, weil wir, von den Spontangeburten an beginnend, allmählich zu denen übergehen, welche für die Frau ungünstigere Prognose darbieten, und andererseits, weil sie, nachdem die Methoden der Ausführung sich verhältnismässig einfach gestaltet haben, in der Poliklinik ausgeführt werden kann.

Sie wurde 11mal, d. h. bei 3,4%; (Heinsius 20,5%, Kapischke 6,3%) aller Fälle von Geburten bei engem Becken und bei 4,6% aller durch Operation beendeten Geburten ausgeführt. (Heinsius 33,7%.) In der Habilitationsschrift von Keilmann 1898 und der Dissertation von Silbermann 1902, die in hiesiger Klinik gemacht worden sind, finde ich ganz interessante Angaben über Indikation und praktische Ausführung der künstlichen Frühgeburt. In den meisten Fällen ist die Hystereuryse in Anwendung gebracht, in dem Bestreben, der Natur möglichst zu folgen. In unseren 10 Fällen ist sie stets benützt. Dass die Methode den grössten Anforderungen genügt, dafür spricht die Tatsache, dass bei Silbermann von den 47 Frauen, die mit der Methode entbunden wurden, alle vollkommen gesund geblieben sind. Ein Vorwurf, der der Hystereuryse im allgemeinen von vielen Geburtshelfern gemacht wird,

nämlich, dass durch den Hystereurynter sehr leicht eine Verschiebung der Kindeslage zustande komme, findet in den Fällen, die mir zu Gebote stehen, einmal die Bestätigung. Das Kind ist aber lebensfähig nach 10stündigem Kreissen zur Welt gekommen. Silbermann hat unter 47 Fällen 2mal derartige Verschiebungen zu verzeichnen, das ist also in 4,2% der Fälle. Dieselbe Tatsache betont auch Hannes, der auch bei 68 Fällen, die der Breslauer Klinik entnommen sind, 2 derartige Verschiebungen zu verzeichnen hat. Die 2 Fälle müssen aber als Ausnahmefälle zu bezeichnen sein, weil es bei vielen anderen die Verschiebung der Längslagen bei erhaltener Fruchtblase sich leicht durch äussere Handgriffe korrigieren liess, oder die Längslage nach einiger Zeit sich von selbst wiederherstellte. Dabei ist es auch zu bemerken, dass in den beiden Fällen die tiefsitzende Placenta und der unerwartete grosse — für das Becken zu grosse — Kopf die Schuld an dem Misslingen bei der Wiederherstellung der ursprünglichen Lage trägt. Wenn man sich aber die weitaus grösseren Gefahren bei der Bougierung, einmal die häufige partielle Ablösung der Placenta und zweitens Zerreissungen der Fruchtblase überlegt, so ist der Umstand nicht so ernst zu nehmen.

Die künstliche Frühgeburt wurde bloss bei Mehrgebärenden ausgeführt. 19mal in der Klinik und 1mal in der Poliklinik. 4mal sind die Kinder in der Schädellage geboren und 4mal in Querlage. 4mal ist die Blase künstlich gesprengt worden und 1mal ist sie vorzeitig gesprungen. Was die Ursache dazu war, lässt sich jetzt schwer sagen. In einem Falle ist es, wegen Platzens des Kolpeuryntes notwendig gewesen, einen zweiten einzulegen. Die Frau bekommt Dauerkontraktionen des Uterus. Nach zwölfstündigem Kreissen musste die Geburt mit Wendung und Extraktion und 1mal durch Wendung und Armlösung beendet werden.

Zweimal ist die Geburt durch Armvorfall kompliziert worden; 1mal durch Dauerkontraktionen des Uterus und 1mal durch drohende Asphyxie des Kindes.

Einmal bestand placenta praevia. In 2 Fällen sind während der Geburt Temperatursteigerungen bis 38° beobachtet worden. 1 Kind ist asphyktisch geboren. Die Mütter erlitten 2mal Verletzungen in Gestalt von Dammrissen.

Ausgesprochenes Fieber wurde bei keiner der Frauen beobachtet. In 2 Fällen ist eine geringe einmalige Temperatursteigerung gemessen worden (also in 20%) (Heinsius 11%; Kapischke 27%; Chroback 14,6%; Knapp 50%; Ludwig und Savor 14,6%; Leopold und Konrad 28,5%).

Von den Kindern sind 4 nach wenigen Stunden gestorben. 40%. Heinsius fand 34,4% der totgeborenen bezw. post partum gestorbenen Kinder; Kapischke 36,4%.

Die Erfolge in anderen Kliniken waren:

| | | |
|---|---|---|
| Wien Chrobak . . . . | 54% | tote und gestorbene Kinder |
| Sarwey . . . . . | 28,4% | " " " " |
| Bar . . . . . | 25,8% | " " " " |
| Schädel . . . . . | 36,6% | " " " " |
| Rumpe . . . . . | 34% | " " " " |
| Braun und Herzfeld . . | 38% | " " " " |
| Leopold . . . . . | 36,6% | " " " " |
| Calderini . . . . . | 26,08% | " " " " |
| Bürger . . . . . | 47% | " " " " |
| Peham . . . . . | 39% | " " " " |

Von den Müttern starb keine, ebenso wie auch in den Fällen von Kapischke. Heinsius gibt ein Fall von Tod der Mutter an, den er jedoch nicht als Folge der Geburt bezeichnet, sondern mit fettiger Degeneration des Herzmuskels begründet. Bürger hat in seiner Statistik 1 Todesfall der Mütter zu verzeichnen, das ist 2,9%. Peham berechnet die Mortalität der Mütter auf 0%; Ludwig und Savor 2,1%; Leopold und Konrad 1,2%; Eli Möller 1,2%.

Die Gesamtresultate der künstlichen Frühgeburt mittels Hystereuryse müssen bezüglich der Prognose für die Mütter

als günstig bezeichnet werden, bezüglich der Prognose für das Kind aber als nicht so günstig. Wenn man aber die Resultate der künstlichen Frühgeburt mit den früheren Geburten bei denselben Frauen vergleicht, so gewinnen wir einen besseren Eindruck. Hier finden wir, dass die zehn Mehrgebärende in der vergangenen Zeit 80% tote und 20% lebende Kinder geboren haben. Bürger führt auch ähnliche Zahlen an (63,2% und 37,7%), Heinsius fand, dass bei denselben Frauen bei künstlich eingeleiteter Geburt die lebendgeborenen bezw. am Leben gebliebenen Kinder 56,65% betragen und die totgeborenen bezw. später gestorbenen Kinder 43,35% betragen haben; dagegen bei nicht künstlich eingeleiteter Geburt die lebenden Kinder 35,9% und die toten Kinder 64,1% betragen. Ich möchte noch kurz nach den Resultaten, die Silbermann gefunden hat, über die nötige Widerstandsfähigkeit der Kinder in den ersten Lebensjahren sprechen. Es ergab sich, dass von 14 von 28 lebend entbundenen Kindern, von denen etwas in Erfahrung zu bringen war, 10 am Leben geblieben; das älteste war 6½ Jahr, das jüngste 7 Monate. Diese Kinder haben zum Teil sehr schwere Erkrankungen durchgemacht, zum Teil waren sie überhaupt noch nicht krank. Die anderen 4 Kinder starben im Alter von 9 Wochen, 11 Wochen, 3—4 Monaten bezw. 16 Wochen. Unter diesen 4 Kindern befinden sich noch 2 uneheliche, deren Prognose ja an und für sich, sobald sie die Klinik verlassen, schlecht ist. Von den aus der Klinik lebend entlassenen Kindern sind also, soviel sich ermitteln liess, 28,5% im 1. Lebensjahre gestorben, ein nur unwesentlicher Unterschied gegenüber dem Resultat Heymanns von 24,1%. Nach diesen Resultaten dürfte die häufige Anwendung dieser Operation, trotz aller Vielseitigkeit der Komplikationen, wohl als berechtigt erscheinen.

## Sectio caesarea.

Nach der Besprechung dieser prophylaktischen Massnahmen, wie man sie mit Recht zum Vergleich mit den

eigentlichen chirurgischen nennen kann, wenden wir uns jetzt zu den beiden letzten geburtshilflichen Verfahren, zur Sectio caesarea und zu den beckenerweiternden Operationen. Somit kommen wir schon zu denjenigen Verfahren, die mit Verletzung der mütterlichen Teile einhergehen müssen, um das kindliche Leben zu retten.

Es erhebt sich nun die Frage, ob man nicht trotz der durch diese Entbindungsart gesetzten Verletzungen der mütterlichen Weichteile und der daraus folgenden Gefahren für die Mutter optimistisch sehen soll, weil die Prognose für das Kind so überaus günstig ist, ja vielleicht dadurch allein das Kind am Leben erhalten werden kann. Ja, vielleicht sind auch die Gefahren für die Mutter gar nicht so gross, als dass man sie nicht, um das Kind zu retten, wagen sollte. Letzteres wäre allerdings genau zu überlegen, denn in erster Reihe ist natürlich das Leben der Mutter zu berücksichtigen.

Was die Ausführung der Sectio caesarea betrifft, so muss ich gleich von Anfang an betonen, dass unter den Bedingungen für die Ausführung derselben keinerlei Untersuchung ausserhalb der Klinik noch nicht vorgenommen wurde. In zwei Fällen ist die Blase bei plötzlich und ganz überraschend eingetretenen Wehen gesprungen, aber die Frauen sind draussen nicht untersucht worden (Fall 181 und 86). Wenn ich gleich zu den Fällen den Wochenbettsverlauf hinzufüge, so hat sich derselbe in beiden Fällen fast fieberfrei gestaltet.

Was die Indikation betrifft, so kann ich alle meine Fälle zu den relativen rechnen, wenn man sich an die alten Begriffe „relativ“ und „absolut“ hält. Ausgenommen davon sind 6 Fälle, weil der einzige noch übrige Weg zur Geburtsbeendigung die Perforation des lebenden Kindes war, die in einer gut eingerichteten Klinik heutzutage nicht in Betracht gezogen werden darf. Früher verstand man unter „relativ“ und „absolut“ die Möglichkeit resp. Unmöglichkeit, die Geburt in anderer Weise zu beendigen. Nachdem sich aber die Prognose der Sectio caesarea so wesentlich gebessert hat, kann man

wohl dem Olshausenschen Vorschlage folgen und, wo man früher über relative Indikation gesprochen hat, heutzutage von einer absoluten reden, indem man lediglich dass Interesse der Mutter berücksichtigt.[1]) Einmal wurde die Sectio caesarea durch eine vor 4 Jahren vorgenommene Blasenscheidenfisteloperation indiziert und 1 mal durch drohende Ruptur des Uterus. Der Kaiserschnitt wurde 37 mal ausgeführt, also in 11,4 % aller Fälle, die in diesem Zeitraum vorgekommen sind, 10 mal bei Erstgebärenden (27,6 %) und 27 mal bei Mehrgebärenden (72,4 %) [Chroback 2,6 %, Knapp 9,5 %, Franke 4,5 %]. Bezüglich der Häufigkeit der Ausführung dieser Operation in Wien (Chroback) mag die folgende Tabelle dienen.[2])

| Jahr | Zahl der engen Becken | absolute | relative Indikation |
|---|---|---|---|
| 1903 . . . . . | 240 | 1 | 10 = 4,16 % |
| 1904 . . . . . | 254 | — | 7 = 2,75 % |
| 1905 . . . . . | 147 | 1 | 5 = 3,40 % |
| 1906 . . . . . | 244 | 1 | 6 = 2,46 % |

Die Dauer der Wehen vor der Operation schwankt zwischen 2 und 48 Stunden, jedoch betrug sie meistens 3—6 Stunden, da die zweite Hälfte der ersten Geburtsperiode mit Rücksicht auf den Zustand der Cervix und die Kontraktionsfähigkeit des Uterus von Küstner als der geeignetste Zeitpunkt für die Ausführung der Sectio angesehen wird.

In 9 Fällen haben wir starke Blutungen zu verzeichnen, 2 mal durch Placenta p. caes. In 2 Fällen war die Ursache Atonia; in 1 Falle Placenta praevia caesarea et atonia und in 2 Fällen die grosse Dicke und Hyperämie der Uteruswände.

Fünf asphyktische Kinder kommen bei Placenta praevia caesarea vor = 39,3 % (Banasz 41,6 %, Thomas 83,5 %).

---

[1]) Olshausen: „Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkte."

[2]) Peham: „Das enge Becken."

In 2 Fällen wurde die Sterilisation der Frauen durch die Excision der Tuben und Vernähung der Stümpfe mit dem Peritoneum bewirkt.

Von den Kindern sind 3 mit Kopfgeschwülsten und 7 asphyktisch geboren. In 1 Falle hat sich der Kopf schon dem Beckeneingang adaptiert (Fall 188). Nach der Geburt des Kindes zeigten sich deutliche Druckmarken am Schädel. 2 Kinder sind gestorben, 1 19 Tage post partum (Fall 96). Todesursache: Oedema phlegmonosum pedis sin. Intumescentia lienis; Gastroenteritis catarrhalis, Nephritis parenchymatosa; Myocarditis; ductus Botalli opertus; Intumescentia gland. mesenterii. Wenn wir diesen Fall also abrechnen, so haben wir die Kindesmortalität 1 = 2,8%. (Heinsius 0%; Kretschmer 0%; Kapischke 9%; Bürger 1,7%).

Die Kindesmortalität kann sich somit nur mit der Mortalität der Kinder bei Spontangeburten vergleichen. Es ist auch ohne Ausnahme der Spontangeburten das beste Resultat, das erzielt werden konnte. Was das Wochenbett betrifft, so waren 14 Wochenbetten als krank zu bezeichnen und 13 als gestört = 36,1%. Bürger 17,2%.

Diese relativ grosse Morbidität ist vielleicht auf Erkrankungen der Respirationsorgane während des Wochenbettes zurückzuführen; denn die sehr günstigen Resultate bei der Wundheilung und das fast regelmässige Ausbleiben von Adhäsionen des Uterus, auch nach mehrfachen Operationen bei denselben Frauen (Fall 156, 161, 163, 180) deuten darauf hin, dass die Involution der Genitalien nicht wesentlich gestört sein konnte. In 2 Fällen haben wir mit ausgesprochener Erkrankung an Bronchopneumonie durch Narkosenwirkung zu tun. 1 mal hat die Kreissende Albuminurie und 1 mal Anasarca gehabt. Die Fäden wurden meistens am 14. Tage herausgezogen. Nur in 2 Fällen bestand eine Dehiszens der Bauchnarbe und im Falle 96 waren 8 Nähte vereitert.

Die Mortalitätsziffer beträgt 1—2,2% (Fall 165). (Bürger 2,5%; Döderlein 1,8%.)

Wenn wir nach dieser Auseinandersetzung noch einmal zu der Frage übergehen, welche Lage diese Operation im Vergleich zu den anderen Operationsverfahren bezüglich der Prognose für Mutter und Kind einnimmt, so erscheint uns der Kaiserschnitt bei der grossen Morbidität der Frau als recht gefährlich. Wenn wir auch keine grossen Mortalitätsverhältnisse haben, so scheint es mir doch als gerechtfertigt in jedem einzelnen Falle sich zu überlegen, ob man der Frau zur Operation raten und sie den Gefahren derselben aussetzen soll, oder ob es doch nicht besser wäre, die Geburt durch einen anderen operativen Eingriff zu beendigen.

Wenn die Verhältnisse der Asepsis in der Poliklinik sich besser gestalten würden, so könnte man wohl durch den Kaiserschnitt die Perforation des lebenden Kindes ganz ausschalten.

### Beckenerweiternde Operationen.

Die beckenerweiternden Operationen in Form von Hebosteotomie sind (7 mal) in dem Material vertreten = 2,3 %. (Heinsius 3,5 %; Kretschmer 0,8 %.) Bei diesen beiden sind sie nur in Form von Symphyseotomie vertreten. Die Resultate derselben sind sehr günstig für Mutter und Kind gewesen. Was die Hebosteotomie betrifft, so wurde sie 3 mal bei Erstgebärenden und 4 mal bei Mehrgebärenden ausgeführt und zwar bei c. d. = 11; 10,5 und $9^3/_4$ und c. v. = $8^3/_4$—9 (2 mal) und 2 mal bei c. v. = 7,5—8.

Die Geburt wurde 3 mal mit Zange beendigt. 2 mal mit Wendung; 1 mal mit Episiotomie. 1 mal ist man genötigt gewesen, vor der Wendung Muttermundincisionen zu machen. Die Möglichkeit der spontanen Geburtsbeendigung ist in 3 Fällen durch meconiumhaltiges Fruchtwasser, 1 mal durch träge Wehen, 2 mal durch Albiminurie und 1 mal durch Kontraktionsring in Nabelhöhe erschwert worden. 1 mal ist die Geburt durch Cervixriss kompliziert worden. Stärkere Blutungen sind nicht beobachtet worden. 3 mal

sind die Kinder asphyktisch geboren. Die Dauer der Geburt beträgt durchschnittlich 20 Stunden.

Die Kindesmortalität bezieht sich nur auf 1 Fall, bei dem das Kind blass asphyktisch geboren und nach 24 Stunden gestorben ist; somit ist das in 14,2 % der Fälle (Heinsius 20 %). Die kindliche Mortalität beläuft sich bei anderen Autoren für die Symphyseotomie: Zweifel 8,8 %, Morisani 5,4 %, Pinard 10 %; für die Hebosteotomie: Bürger 4,3 %, Döderlein bei 225 Fällen von Hebosteotomie 6,67 %.

Wie sich die Verhältnisse für die Frau gestalteten, so muss man dieselben als recht ungünstig bezeichnen. Zwar haben wir ein ziemlich kleines Material zur Verfügung, aber dennoch müssen wir daraus unsere Schlüsse ziehen. In 7 Fällen von Hebosteotomie sind die Wochenbetten sämtlich als krank zu bezeichnen. Die Heilung des Knochens ist in 4 Fällen mit und in 2 Fällen ohne Kallusbildung erfolgt. Bei der Entlassung, die durchschnittlich nach 52 Tagen erfolgte, ist in 1 Falle Descensus der vorderen Vaginalwand beobachtet worden. Bürger fand die Morbidität des Wochenbettes für Symphyseotomie und Hebosteotomie zusammen als 43,4 %. Die Mortalität von Müttern beträgt 0 %.

Wenn wir einen Rückblick auf das Ganze werfen und dabei die Grenzen der Beckenverengerung, bei denen noch die Geburt ohne Schädigungen sowohl für die mütterlichen Weichteile, als auch für das Kind selbst entstehen können, in Betracht nehmen, so können wir auch die Indikation zur Ausführung derselben erblicken. In den Fällen von c. v. bis 7—6 % wäre die Beckenerweiterung der Sectio caesarea gleichzustellen oder die erste wäre sogar berufen, die letztere einzuschränken. Der ungünstige Wochenbettsverlauf aber spricht sehr viel gegen die beckenerweiternden Operationen. Wenn auch die letzteren imstande wären, die Perforation des lebenden Kindes zu umgehen, so bleibt jedenfalls in den Fällen, wo die septische Infektion der Kreissenden sicher vermutet werden kann, und wo die Mutter die Ausführung der Porroschen Operation verweigert, nichts übrig, als bei dringender In-

dikation zur Entbindung von seiten der Mutter das kindliche Leben durch Verkleinerung des Schädels zu opfern.

Extraperitonealer Uterusschnitt (nach Sellheim).

In der letzten Zeit bin ich imstande gewesen, 3 Fälle, bei denen die Nichtkeimfreiheit der inneren Genitalorgane sicher vermutet werden konnte, und bei denen deswegen der extraperitoneale Kaiserschnitt gemacht wurde, zu beobachten. Die Mitteilungen von Sellheim über die günstigen Resultate, die er mit dieser Methode in 2 Fällen gehabt hat, haben Küstner Anlass gegeben, sich auch damit zu befassen. Die Vielseitigkeit von Gefahren, die der klassische Kaiserschnitt mit sich bringt, und die damit verbundene Einschränkung der Indikation bei septischer Infektion der inneren Genitalien, sind schon lange für viele Forscher Ursache gewesen, sich nach neuen Methoden umzusehen. Die beckenerweiternden Operationen, die beim engen Becken nur allein in Betracht gezogen werden können, sind nur bei gewissen Grenzen der Beckenverengerung ausführbar, und andererseits durch den statistisch nachgewiesenen ungünstigen Wochenbettverlauf, auch in den Fällen septischer Infektion, nicht gern anwendbar. Ausserdem haben auch die beckenerweiternden Operationen dem abdominalen Kaiserschnitt gegenüber den Nachteil, dass sie nur den Geburtsweg vorbereitende Operationen sind, welche dem Kinde noch ein schweres Geburtstrauma zumuten. Somit hat man einen relativ ungefährlichen Weg gefunden, nämlich den Austritt des Kindes im Uterushals, der vorher vom Peritoneum abpräpariert wird.

Die Idee, das Kind unmittelbar über der Schossfuge ans Licht der Welt zu befördern, stammt von Joerg (1833). Ritgen, Physik und Baudeloque der Neffe haben das Verfahren zu verbessern gesucht. Frank (1906) hat das Verdienst, nach langer Zeit der Vergessenheit, den alten Gedanken wieder aufgegriffen zu haben.

Ich erlaube mir die 3 Krankengeschichten näher zu beschreiben:

**Fall I** No. 99. 26jährige I. para; enges Becken c. v. von 8 cm. 24stündige Geburtsdauer. Blasensprung vor 3 Tagen. Ziemlich enge Genitalien. Gravidatas mens X. Kopf über dem Becken in Hinterscheitelbeineinstellung. Herztöne regelmässig, wenn auch mitunter recht beschleunigt gewesen (168 in der Minute). Ein spontaner Eintritt des Kopfes in das Becken ist nicht mehr zu erwarten. Muttermund — kleinhandtellergross. In Betracht kommt Hebosteotomie oder cervikaler Kaiserschnitt. Mit Rücksicht auf die engen, straffen Genitalien erscheint letzteres Verfahren angezeigt. Suprasymphyserer Fascienquerschnitt knapp 3 Querfinger über der Symphyse. Im ganzen etwa 2 bis mehr cm lang. Abtrennung der Fascie von den Recti. Trennung der Recti. Die Harnblase ist mit 200 $cm^3$ gefüllt. Scheitel deutlich. Ablösen des Peritoneums von der Unterfläche der Recti, genaues Einschneiden über der Blase und von hier aus wieder Abtrennen des Peritoneums von der oberen Blasenwand und von der vorderen Bauchwand. An einer ganz unbedeutenden Stelle wird dabei das Peritoneum eröffnet. Diese Stelle wird zuerst durch Klemme, später durch Nähte versorgt. Nach Abtrennen des Blasenperitoneums vom Cervix wird dieser schliesslich freigelegt und, nachdem die Freilegung ergiebig genug erscheint, longitudinal eingeschnitten. Im Bereich der oberen Schnittpartie kommt man in dicke Uterusmuskulatur, die leicht blutet. Nach unten davon äusserst dünne und mürbe Muskulatur, die bei stumpfer Gewalt auseinanderweicht. Nach Eröffnung der Cervix wird der Kindskopf von der Scheide aus hineingedrängt und zum Uterusmunde herausentwickelt. Dabei verschafft man dem Hinterhaupt den Vortritt. Blass asphyktisches Kind. Nachwasser stinkt. Kind nach 10 Minuten völlig wiederbelebt. Placenta nach einiger Zeit durch Credé vollständig herausbefördert. Uterusnaht: 4—5 Knopfnähte, dann fortlaufend. Einige Nähte, welche die Plica an die Blase befestigen. Fortlaufende Naht der Recti: Integument-Fascienschluss durch acht Nähte.

Im Wochenbett starke, übelriechende Eiterung aus der Wundhöhle und teilweise Fasciennekrose. Heilung in etwa 4 Wochen. Die Cervix ist an die Narbe fixiert, das Corpus rehoflektiert.

**Fall II** No. 100. I. para; schwer rhachitisch, c. v. 8½. Kopf über dem Beckeneingang in guter Stellung. Cervixdehnung bereits bemerkbar. Wehen seit ungefähr zwölf Stunden. Kind geschädigt. Blasensprung vorzeitig. F. 38,6. Operation wie bei I. Anfüllung der Blase mit 150 cm³. Nachdem die Blase sich bereits vom Peritoneum abgehoben hat und das Peritoneum in tadelloser Weise sowohl von der Blase, als auch bereits von einem Teil der Cervix sich getrennt hat, geschieht links neben dem Urachus, der noch nicht unterbunden ist, wie im Fall I, ein Einriss. Das Peritoneum wird weiter, wie bei Fall I, von der Plica vesica uterina abgeschoben und der Uterus längs incediert. Es gelingt nur mit Mühe durch kombinierte Handgriffe von der Scheide und den Bauchdecken aus den Kopf zu entwickeln. Dabei reisst zum Teil die schützende Peritonealnaht, die sofort wieder hergestellt wird. Tamponade und Wundversorgung. Kind asphyktisch, bald wiederbelebt. Die Kranke stirbt am 3. Tage an Infektion. Sektion ergibt: Peritonitis im vorderen Douglas. Beginnende Abscessbildung einmal zwischen Fascie und Muskel im Bereich der Fascienablösung, ferner zwischen Muskel und Peritoneum parietale im Bereich der Schnittwunde. Uterusinnenfläche absolut einwandfrei; der Cervixschnitt liegt in der Mitte zwischen innerem und äusseren Muttermunde, ist nur noch 3 cm lang und tadellos aseptisch verklebt.

**Fall III.** No. 101. Die Frau kreisst seit etwa 24 Stunden. I. para c. v. 8½ cm. Fruchtwasserabfluss vor 4 Stunden, Muttermund nahezu erweitert. Kopf über dem Beckeneingang. Sehr bedeutende Cervixdehnung. Herztöne schwankend. Cervikaler Kaiserschnitt wie im Fall I und II. Am schwersten ist es den Blasenscheitel zu finden und diesen gegen das Peritoneum zu trennen.

Auch da passiert wieder eine kleine Eröffnung des Peritoneums. Ferner ist es schwer, in genügender Weise den Cervix vom Peritoneum zu entblössen, wegen der gleichmässigen Verbindung der Blase mit Peritonealfalte. Die mediane Schnittfläche liegt 1 Querfinger unter der Symthyse. Herausbeförderung des Kindes nicht ohne Schwierigkeiten. Uterusschnitt nicht weiter gerissen. Kind asphyktisch, wiederbelebt. Wochenbett durch Bauchdeckenabscess gestört. Riechende Lochien. Entlassung nach 16 Tagen.

Alle diese Operationen sind nach Sellheims Vorschrift ausgeführt. Die Füllung der Blase flacht die plica vesiconterina durch den Zug am Bauchfell ab und zerrt sie nach oben, somit wird der extraperitoneale Teil des Uterushalses auf Kosten des intraperitonealen Abschnittes länger. Dasselbe geschieht in der Schwangerschaft. Der wachsende Uteruskörper zieht das Bauchfell nach oben. Somit kann der ganze Uterushals im Beckenbindegewebe liegen und auch die Blase kann vom Peritoneum soweit abgelöst werden, dass die Umschlagstelle des Bauchfelles ihre oberste Kuppe noch gerade zu erreichen vermag. Es kommt also hier im wesentlichsten in Betracht das Abschieben des Peritoneum von der Blasenkuppe. In allen 3 Fällen ist das schwierig gewesen, dabei ist die Peritonealfalte eingerissen worden. Die Entwicklung des kindlichen Schädels ist auch mit Schwierigkeiten verbunden gewesen. Der Ausgang dieser Operation scheint uns bezüglich der Morbidität und Mortalität von Müttern wenig zu befriedigen. Der Fall II besonders ist dazu angetan, die Leistungsfähigkeit des suprasymphysären Kaiserschnittes nicht zu hoch einzuschätzen. Es scheint die grosse operative Verwundung bei einer sicher infizierten Kreissenden lebensgefährlich zu sein, mag die Verbreitung der Infektion peritoneal oder phlegmonös im Bindegewebe erfolgen. Dabei ist es auch schwer, bei dem Sellheimschen Kaiserschnitt das Peritoneum ganz unversehrt von der Blasenkuppe zu trennen, somit ist auch die Grundidee der Methode gar nicht erfüllt. Es erhellt daraus, dass wir vorläufig

noch wenig gegen die Perforation des lebenden Kindes anwenden können! Nach diesen Überlegungen können wir uns nunmehr über die Stellung der Kraniotomie am lebenden Kinde in gesetzlicher und wissenschaftlicher Beziehung äussern.

### Kraniotomie am lebenden Kinde.

Diese Kategorie von Fällen bedarf schon deshalb einer besonderen Besprechung, weil in den letzten Jahren Stimmen laut wurden, welche ihr überhaupt jede Berechtigung absprechen und sie auch vom gesetzlichen Standpunkte aus verpönen. Denn abgesehen davon, dass die katholische Kirche die Tötung des Kindes im Mutterleibe unbedingt verwirft, sind wir auch von seiten des Staates zu mindestens gegen die Möglichkeit einer Bestrafung nicht sicher (Kossman). Es gibt auch Mediziner, die der Operation eine Berechtigung absprechen und dem Kinde im Mutterleibe als lebenden Menschen das erste und höchste aller Menschenrechte, das Recht auf Leben zusagen. Zu den letzten gehört auch Pinard, der unter keinen Umständen die Tötung des Fötus für erlaubt hält. Kossman betont, dass die beiden dem Arzte anvertrauten Leben als gleichwertig anzusehen sind, „dass nach Statistiken berechnet im Sinne der wahrscheinlichen Lebensdauer das Leben einer 23jährigen Mutter dem eines Neugeborenen an Wert gleichsteht".

Alle diese theoretischen Überlegungen verlieren ihren Sinn, wenn wir uns zur praktischen Ausführung unserer Aufgabe begeben. Denn in den Fällen, wo keine andere Entbindungsart möglich ist, bleibt uns nichts übrig, als entweder die Frau ganz abzuweisen, und erst den Tod des Kindes abzuwarten, welcher oft erst nach eingetretener Uterusruptur erfolgen könnte, also unter Umständen, die für die Mutter auch mit der höchsten Lebensgefahr verbunden wären. Wenn man die Erhaltung des Lebens der Mutter als nützliches Mitglied der menschlichen Gesellschaft und unentbehrlichen Teil der Familie, wägt gegen die

Chancen zur Erhaltung des Lebens des noch nicht geborenen Kindes, dass sogar im ersten Lebensjahre in 25 % zugrunde geht, so können wir, wie ich glaube, den Eindruck gewinnen, dass das mütterliche Leben nicht riskiert werden soll. Auf diesem Standpunkte stehen auch die meisten Geburtshelfer. Wurden doch auf dem letzten Gynäkologenkongress Stimmen laut, dass man bei einer infizierten Kreissenden auch nicht die Hebosteotomie machen darf. Derselben Ansicht ist auch Küstner, der bei einer veritabel infizierten Kreissenden, bei der Unmöglichkeit in nicht operativer Weise die Geburt zu beendigen, die Perforation des lebenden Kindes allein in Betracht zieht, um der Mutter einige Chancen zu verschaffen. Zweifel führt an, „dass zur Kraniotomie des lebenden Kindes nur eine zureichende Notwendigkeit, eine unverkennbare Lebensgefahr der Mutter, wie drohende Uterusruptur, Tympanie, Fieber usw., führen könne". In ähnlicher Weise äussern sich auch andere Geburtshelfer. In der neuesten Auflage seines Lehrbuches sagt Schauta, „dass es Ausnahmefälle gibt, in denen auch heute noch die Kraniotomie am lebenden Kinde notwendig ist". Olshausen—Veit sagen, „dass man über die theoretische Berechtigung, um das Leben der Mutter zu retten, das Kind zu verkleinern, ebensowenig zu diskutieren brauche, wie über das Streben, diese Eventualität auf eine möglichst geringe Zahl der Fälle zu beschränken". Und so verstossen wir bei der Ausführung der Perforation gewissermassen stets gegen die Strafgesetze, was die Staatsanwaltschaft doch stillschweigend dulden muss, und es wird gegen keinen Arzt die Anklage erhoben, solange nicht Verdachtsgründe bestehen, dass derselbe die Perforation aus einem anderen Grunde, als um das Leben der Mutter zu retten, vorgenommen hat.

Es erhebt sich auch gleich eine andere Frage, nämlich, ob der Mutter das Recht zusteht, die Perforation des lebenden Kindes zu verlangen? In der neuesten Zeit, wo wir über soviel Mittel verfügen und wo die Asepsis auf einer recht hohen Stufe steht, ist die Frage etwas schwer zu beantworten.

Einerseits muss doch der Frau das Recht gewahrt bleiben, irgend einen Eingriff, welcher die Integrität ihres Körpers verletzt, abzulehnen; andererseits ist auch das Kind nur als ein Teil der Mutter anzusehen, über den sie unbedingt verfügen kann. Es ist in keiner Weise möglich, Pinard zuzustimmen, dass, wenn sich die Frau hat schwängern lassen, sie damit auch die Gefahren übernimmt, welche die Geburt als solche mit sich bringt, und sich auch den Gefahren der Operationen, welche zur Rettung des Kindes dem Arzte eventuell notwendig erscheinen, unterziehen muss. Ja, es könnten aber doch solche sein, die über den Zustand ihres Beckens gar nicht orientiert sein könnten. Ferner handelt sie auch im Zustande der Notwehr, wenn sie die Tötung des Kindes fordert. Abgesehen davon kann auch die Mutter, gequält von den lange anhaltenden Geburtsschmerzen, körperlich und psychisch deprimiert werden, in einem Zustande verminderter Zurechnungsfähigkeit sich befinden. Es kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, dass das Verlangen der Mutter nach der Tötung des Kindes im Mutterleibe nicht als strafbar anzusehen ist. Desto schwerer wird es für den Arzt sein, zu entscheiden, ob diesem Verlangen stattzugeben sei oder nicht. Es könnten auch derartige Momente vorkommen, die für das ärztliche Handeln nicht in Betracht gezogen werden können, zum Beispiel eine uneheliche Schwängerung als Ursache zur Tötung des Kindes. Somit steht der Arzt vor einer Menge von Fragen, die ihn zu der oder jener Alternative führen könnten. Der Arzt darf, wie Zweifel sagt: „die Kranken zu diesem oder jenem für notwendig erachteten Eingriff bewegen, nie aber darf er sich solche Eingriffe, die gegen sein Gewissen und gegen die allgemeinen Grundsätze gehen, von den Kranken befehlen oder aufnötigen lassen. Der Arzt hat in erster Linie die Pflicht, so viel als möglich Leben zu erhalten und nur dann ein Kind zu opfern, um die Mutter zu retten, wenn sonst Mutter und Kind verloren wären.“ Es wird sehr viel vom Takte des Arztes abhängen und von der Art

und Weise, wie er die Frau zu einer besseren Ansicht zu bringen versucht. Er wird es verstehen müssen, auf die Psyche der Frau einzuwirken, sie von der Inhumanität ihres Verlangens zu überzeugen, um von ihr die Einwilligung zur Vornahme einer das kindliche Leben rettenden Operation zu erhalten. Man wird sich freilich bei der Auswahl der Methode klar sein müssen, dass dieselbe möglichst gefahrlos für die Frau zu gestalten und die Indikation möglichst sicher zu beurteilen ist. Es scheint, als ob Kaiserschnitt und Beckenerweiterung in Fällen, wo die Keimfreiheit der inneren Genitalien sicher vermutet werden kann, imstande wären, ohne grosse Gefahr für die Mutter, das Kind vor der Kraniotomie zu bewahren. Trotzdem sind noch auch immer Fälle vorhanden, in denen die Perforation des lebenden Kindes sich als notwendig erweisen wird, und hier fällt dem Arzt sogar die Verpflichtung zu — entgegen den Gesetzen der Kirche und des Staates — nur geleitet von seinem ärztlichen und menschlichen Empfinden, die Operation vorzunehmen.

Am Schluss möchte ich noch einen Gesamtüberblick über die Leistung der Klinik in diesem Gebiete vom Jahre 1894 bis 1907/08 darstellen. Mögen die Tabellen auf SS. 98—101 dazu dienen.

---

Herrn Geheimrat Küstner sowie Herrn Oberarzt Dr. Hannes sei an dieser Stelle für die Anregung zu dieser Arbeit und ihre Durchsicht ergebenst gedankt.

# Literaturverzeichnis.


1. Heyman: „Über Methode und Indikation der künstlichen der Schwangerschaft.“ Arch. f. Gyn. 1889. Bd. 59, II.
2. Edwin Silberman: „Die Einleitung der Frühgeburt mittels Hystereuryse.“ Inaug.-Dissert. Breslau 1902.
3. Keilman: „Klinisch-experimentelle Beobachtungen über künstliche Erregung von Geburtswehen.“ Habilitationsschrift. Breslau 1898.
4. Olshausen: „Der Kaiserschnitt nach seinem heutigen Standpunkte.“
5. Banasch: „Die Stellung des Kaiserschnitts zu konkurierenden Verfahren auf Grund der Operationsresultate der letzten Jahre.“ Inaug.-Dissert. Breslau 1907.
6. Thomas: „Die Indikationsstellung und Technik des Kaiserschnitts.“ Inaug.-Dissert. Breslau 1902.
7. Karl Baisch: „Reformen in der Therapie des engen Beckens.“ Leipzig 1907.
8. Oskar Bürger: „Die Geburtsleitung bei engem Becken.“ Wien 1908.
9. H. Peham: „Das enge Becken.“ (Eine Studie über den Geburtsverlauf und die Indikationen zu operativen Eingriffen.) Wien und Leipzig 1908.
10. Fritz Heinsius: „Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1894/95—1896/97.“ (Eine klinisch-statistische Studie.) Inaug.-Dissert. Breslau 1898.
11. Kretschmer: „Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1897/98—1899/1900.“ Inaug.-Dissert. Breslau 1907.
12. Kapischke: „Die Geburten bei engem Becken in den Jahren 1901/02—1902/03.“ Inaug.-Dissert. Breslau 1907.
13. Sellheim: „Der extraperitoneale Uterusschnitt.“ Zentralblatt f. Gyn. No. 5. 1908.
14. Kossman: „Indikation und Recht zur Tötung des Fötus.“ Die Heilkunde. Januar 1902. Heft I.
15. Olshausen-Veit: „Lehrbuch der Geburtshilfe.“ 1899.
16. Hannes (Breslau): „Beiträge zur Anwendungsweise der Hystereuryse.“ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 1905.

## Tabelle I. Sämtliche klinischen und poliklinischen Geburten

| | Anzahl | | | | Mortalität der Kinder | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Heinsius 94/95 — 96/97 | Kretschmer 97/98 — 99/00 | Kapischke 00/01 — 02/03 | Kohn 03/04 — 06/07 | 94/95 — 96/97 | 97/98 — 99/00 | 00/01 — 02/03 | 03/04 — 06/07 |
| Spontan | 61 | 45 = 38,5% | 261 = 57,7% | 88 | 3 | 4 | 12 = 11% | 3 |
| Tiefe Zange | 18 | 12 = 12% | 17 = 8,6% | 45 | 3 | 1 | 2 = 11,5% | 6 |
| Hohe Zange | | 14 = 12,9% | 5 | 5 | | 5 | 1 | 1 |
| Manualhilfe b. Beckenendlage | 3 | | 10 = 2,9% | 13 | 0 | | 7 = 62,5% | 3 |
| Wendung u. Extraktion | 7 | 18 = 15% | 52 = 20% | 66 | 3 | 6 | 22 = 42,5% | 19 |
| Künstliche Frühgeburt | 29 | | 22 | 11 | 10 | | 8 | 6 |
| Handgriff der Siegemundin | | | 2 | | | | 0 | |
| Kaiserschnitt | 8 | 11 | 11 | 36 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Perforation | 8 | 14 = 13,8% | 20 = 4,2% | 45 | 8 | 14 | 20 | 45 |
| Laparatomie wegen Uterusruptur | | | 3 | 0 | | | 2 | 0 |
| Pubiotomie | | | | 6 | | | | 1 |
| Äusserliche Wendung | | | | 2 | | | | 0 |
| Episiotomie | | | | 1 | | | | 0 |
| Cervikaler Kaiserschnitt nach Sellheim | | | | 3 | | | | 0 |
| Summe | 139 | 115 | 403 | 321 | 28 = 19,7% | 30 | 75 | 86 |

| | c. v. 6,5 u. darunter | | | Primiparae | | | Multi | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 94/95 — 96/97 | 97/98 — 99/00 | 00/01 — 02/03 | 03/04 — 06/07 | 94/95 — 96/97 | 97/98 — 99/00 | 00/01 — 03/04 | 03/04 — 06/07 | 94/95 — 96/97 | 97/98 — 99/00 |
| Spontan | | 0 | 0 | 0 | 13 = 27% | 123 = 44% | 29 | | 32 = 72,5% | |
| Tiefe Zange | | 0 | 0 | 1 | 6 = 50% | 8 | 25 | | 6 = 50% | |
| Hohe Zange | | 0 | 0 | 0 | 7 = 57,5% | 1 | 1 | | 7 = 42,5% | |
| Manualhilfe b. Beckenendlage | | | 0 | 0 | | 1 | 2 | | | |
| Wendung u. Extraktion | | 0 | 0 | 1 | 2 = 16% | 6 | 4 | | 15 = 83,6% | |
| Künstliche Frühgeburt | | | 0 | 0 | | 1 | 0 | | | |
| Handgriff der Siegemundin | | | 0 | | | 2 | | | | |
| Kaiserschnitt | | 0 | 0 | 1 | 2 | 4 | 10 | | 9 | |
| Perforation | | 0 | 0 | 0 | 10 = 70,5% | 9 | 8 | | 4 = 29% | |
| Laparatomie wegen Uterusruptur | | | 0 | | | 0 | | | | |
| Pubiotomie | | | | | | | 3 | | | |
| Äusserliche Wendung | | | | | | | 0 | | | |
| Episiotomie | | | | | | | 1 | | | |
| Cervikaler Kaiserschnitt nach Sellheim | | | | | | | 3 | | | |
| Summe | | 0 | 0 | 3 | 41 = 37,5% | 155 = 28% | 86 | | 73 = 62,3% | |

## bei engem Becken mit und ohne Angabe der c. d. oder c. v.

| Erkrankungen und Störungen i. Wochenbett | | | | Mortalität der Mütter | | | | c. v. 10—9,6 | | c. v. 9,5—8,6 | | | | c. v. 8,5—7,6 | | | | c. v. 7,5—6,6 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ |
| 10 | 2 | 27 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 51 | | 21 | 141 | 37 | | 2 | 41 | 24 | | 0 | 2 | 0 |
| 4 | 1 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | | 2 | 5 | 8 | | 1 | 2 | 8 | | 0 | 0 | 0 |
| | 3 | 0 | 1 | | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | | 4 | 2 | 0 | | 0 | 3 | 1 | | 1 | 0 | 0 |
| 1 | | 1 | 2 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | | | 3 | 1 | | | 3 | 4 | | | 1 | 2 |
| 2 | 2 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | | 9 | 11 | 8 | | 2 | 18 | 14 | | 0 | 4 | 4 |
| 8 | | 6 | 2 | 1 | | 0 | 0 | | 0 | | | 7 | 1 | | | 13 | 9 | | | 2 | 0 |
| | | 1 | | | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | | 2 | | | | 0 | |
| 3 | 4 | 4 | 28 | 3 | 2 | 5 | 1 | 0 | 0 | | 2 | 3 | 3 | | 6 | 3 | 14 | | 3 | 5 | 17 |
| 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | | 7 | 4 | 7 | | 1 | 13 | 13 | | 0 | 1 | 1 |
| | | 0 | 0 | | | 2 | 0 | | 0 | | | 1 | | | | 2 | | | | 0 | |
| | | | 6 | | | | 0 | | | | | | 4 | | | | 2 | | | | 0 |
| | | | 0 | | | | 0 | | | | | | 1 | | | | 0 | | | | 0 |
| | | | 0 | | | | 0 | | | | | | | | | | 1 | | | | 0 |
| | | | 3 | | | | 1 | | | | | | | | | | 3 | | | | 0 |
| 37 | 18 | 55 | 64 | 6 | 4 | 7 | 3 | 19 | 57 | | 45 | 177 | 70 | | 12 | 100 | 94 | | 4 | 15 | 24 |

| parae | | Beckenendlagen | | | | Ungünstige Schädellagen | | | | Querlagen | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ | $\frac{96}{97}$ — $\frac{94}{95}$ | $\frac{99}{00}$ — $\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}$ — $\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}$ — $\frac{03}{04}$ |
| 138 = 55% | 59 | 1 | 0 | 5 | 3 | 0 | 0 | 4 | 12 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 9 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 4 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 1 | | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 11 | 4 | | 10 | 11 | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 46 | 62 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 17 | 22 | 3 | 0 | 13 | 12 |
| 21 | 11 | 6 | | 4 | 0 | 1 | | 0 | 0 | 1 | | 9 | 4 |
| 0 | | | | 0 | | | | 1 | | | | 0 | |
| 7 | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 11 | 37 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 11 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| 3 | | | | 0 | | | | 1 | | | | 1 | |
| | 3 | | | | 1 | | | | 1 | | | | 0 |
| | 2 | | | | 0 | | | | 0 | | | | 1 |
| | 0 | | | | 0 | | | | 0 | | | | 0 |
| | 0 | | | | 0 | | | | 1 | | | | 0 |
| 248 = 65% | 236 | 11 = 7,7% | 0 | 19 | 16 | 4 = 2,8% | 0 | 28 | 56 | 5 = 3,6% | 0 | 23 | 26 |

## Tabelle II. Sämtliche klinischen und poliklinischen Ge

| | Anzahl | | | Mortalität der Kinder | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kretschmer $\frac{97-99}{98-00}$ | Kapischke $\frac{00-02}{01-03}$ | Kohn $\frac{03-06}{04-07}$ | $\frac{99}{00}-\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}-\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}-\frac{03}{04}$ |
| Spontan | 32 = 40% | 235 = 67,31% | 61 | 3 | 7 = 29,8% | 2 |
| Tiefe Zange | 6 = 7,5% | 9 = 2,52% | 17 | 0 | 1 = 11% | 6 |
| Hohe Zange | 10 = 12,5% | 5 = 1,43% | 1 | 3 = 33,3% | 1 = 20% | 0 |
| Manualhilfe bei Beckenendlage | | 8 = 2,29% | 7 | | 6 = 75% | 2 |
| Wendung und Extraktion | 13 = 16,25% | 36 = 10,32% | 27 | 4 = 30,8% | 15 = 71,6% | 10 |
| Künstliche Frühgeburt. | | 22 = 6,30% | 10 | | 8 = 36,4% | 6 |
| Handgriff d. Siegemundin | | 2 = 0,57% | 0 | | 0 | 0 |
| Kaiserschnitt | 11 = 13,75% | 11 = 3,15% | 35 | 0 | 1 = 9,1% | 2 |
| Perforation | 8 = 10% | 18 = 5,15% | 21 | 8 | 18 | 21 |
| Laparatomie wegen Uterusruptur | | 3 = 0,86% | 0 | | 2 | 0 |
| Pubiotomie | | | 6 | | | 1 |
| Äusserliche Wendung | | | 1 | | | 0 |
| Episiotomie | | | 1 | | | 0 |
| Sellheimsche Operation | | | 3 | | | 0 |
| Summe | 80 | 349 | 190 | 18 = 22,5% | 59 = 16,9% | 50 |

| | c. v. 7,5—6,6 | | | c. v. 6,5 und darunter | | | Primiparae | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\frac{99}{00}-\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}-\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}-\frac{03}{04}$ | $\frac{99}{00}-\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}-\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}-\frac{03}{04}$ | $\frac{99}{00}-\frac{97}{98}$ | $\frac{02}{03}-\frac{00}{01}$ | $\frac{06}{07}-\frac{03}{04}$ |
| Spontan | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 = 31,25% | 112 = 47,66% | 25 |
| Tiefe Zange | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 = 50% | 5 | 12 |
| Hohe Zange | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 = 40% | 1 | 0 |
| Manualhilfe bei Beckenendlage | | 1 | 2 | | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| Wendung und Extraktion | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 = 7,7% | 6 | 2 |
| Künstliche Frühgeburt. | | 2 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 0 |
| Handgriff d. Siegemundin | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 2 | 0 |
| Kaiserschnitt | 3 | 5 | 17 | 0 | 0 | 1 | 2 = 18,2% | 4 | 10 |
| Perforation | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 6 = 75% | 8 | 6 |
| Laparatomie wegen Uterusruptur | | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| Pubiotomie | | | 0 | | | 0 | | | 3 |
| Äusserliche Wendung | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| Episiotomie | | | 0 | | | 0 | | | 1 |
| Sellheimsche Operation | | | 0 | | | 0 | | | 3 |
| Summe | 4 | 15 | 24 | 0 | 0 | 3 | 26 = 32,5% | 139 = 39,83% | 62 |

## burten bei engem Becken mit Angabe der c. v. oder c. d.

| Erkrankungen und Störungen im Wochenbett | | | Mortalität der Mütter | | | c. v. 10,0—9,6 | | | c. v. 9,5—8,6 | | | c. v. 8,5—7,6 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 |
| 1 | 25 | 11 | 0 | 0 | 0 | 9 | 51 | | 21 | 141 | 37 | 2 | 41 | 24 |
| 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | | 2 | 5 | 8 | 1 | 2 | 8 |
| 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | | 4 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 |
| | 1 | 2 | | 0 | 0 | | 1 | | | 3 | 1 | | 3 | 4 |
| 2 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | | 9 | 11 | 8 | 2 | 18 | 14 |
| | 6 | 2 | | 0 | 0 | | 0 | | | 7 | 1 | | 13 | 9 |
| | 1 | 0 | | 0 | 0 | | 0 | | | 0 | 0 | | 2 | 0 |
| 4 | 4 | 27 | 2 = 18,2% | 5 | 1 | 0 | 0 | | 2 | 3 | 3 | 6 | 3 | 14 |
| 3 | 5 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | | 7 | 4 | 7 | 1 | 13 | 13 |
| | 0 | 0 | | 2 | 0 | | 0 | | | 1 | 0 | | 2 | 0 |
| | | 6 | | | 0 | | | | | | 4 | | | 2 |
| | | 0 | | | 0 | | | | | | 1 | | | 0 |
| | | 0 | | | 0 | | | | | | 0 | | | 1 |
| | | 3 | | | 1 | | | | | | 0 | | | 3 |
| 11 | 50 | 61 | 4 | 7 | 3 | 19 | 57 | | 45 | 177 | 70 | 12 | 100 | 94 |

| Multiparae | | | Beckenendlagen | | | Ungünstige Schädellagen | | | Querlagen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 | 97—99/98 | 00—02/01 | 03—06/04—07 |
| 22 = 68,75% | 123 = 52,34% | 36 | 0 | 5 | 2 | 0 | 4 | 8 | 0 | 0 | 1 |
| 3 = 50% | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 6 = 60% | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 8 | 7 | | 8 | 7 | | 0 | 0 | | 0 | 0 |
| 12 = 92,3% | 30 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 11 | 0 | 7 | 6 |
| | 21 | 10 | | 4 | 0 | | 0 | 0 | | 9 | 3 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 0 | | 0 | 0 |
| 9 = 81,8% | 7 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2 = 25% | 10 | 15 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 0 | 0 | 2 |
| | 3 | 0 | | 0 | 0 | | 1 | 0 | | 1 | 0 |
| | | 3 | | | 1 | | | 1 | | | 0 |
| | | 1 | | | 0 | | | 0 | | | 1 |
| | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 0 |
| | | 0 | | | 0 | | | 1 | | | 0 |
| 54 = 67,5% | 210 = 60,17% | 129 | 0 | 17 | 11 | 0 | 23 | 32 | 0 | 17 | 13 |

# Lebenslauf.

Ich Stefan Kohn, mosaischer Konfession, wurde am 10. Januar 1884 als Sohn des prakt. Arztes Eduard Kohn in Nasielsk, Gouvernement Warschau in Russland, geboren und bin russischer Staatsangehöriger. Ich besuchte das Gymnasium in Czenstochau und machte mein Abiturium im Juni 1903. Michaelis 1903 wurde ich an der Warschauer Universität als Student der Medizin immatrikuliert, woselbst ich 4 Semester verblieb. Darauf ging ich nach Breslau und studierte hier 6 Semester Medizin.

In meiner Studienzeit habe ich Vorlesungen folgender Professoren und Dozenten besucht:

In Warschau: *Bewad, Chmielewsky, Dawydow, Gendre, Jaschtschinsky, Kolossow, Kowalewsky, Krassusky, Nassonow, Schalfiejew, Silow, Wulff.*

In Breslau: *Abbeg, Anschütz, Bonhoeffer, Czerny, Dienst, Filehne, Flügge, Garrè, Goebel, Groenouw, Hannes, Hasse, Hinsberg, Hürthle, Jensen, Küstner, Küttner, Krause, Ladenburg, Lesser, Müller, Neisser, Ponfick, Röhmann, Sachs, Schaper †, Schäffer, Stern, v. Strümpell, Uhthoff, Winkler, Ziegler.*

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen Dank aus.